



AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE
COSENZA



REGIONE CALABRIA

Dipartimento Tutela della Salute
e Politiche Sanitarie

Direzione Generale

ASP Cosenza
Protocollo Generale
N. 0124226 del 15/12/2020



A **Agenda Digitale**
Regione Calabria
agendadigitale.presidenza@pec.regione.calabria.it

Regione Calabria
Dirigente Sistemi Informativa e Flussi
Ing. Innocenza Luberto
sisrflussi.salute@pec.regione.calabria.it

“ “
Regione Calabria
Ing. Giovanna Pisano
Giovanna.pisano@regione.calabria.it

e p.c. Al **UOC CED-SISA**
ASP Cosenza
Dott.ssa Virginia Stefano

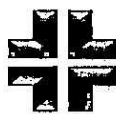
Oggetto: Adesione campagna vaccinale Covid 2019.

Si trasmette in allegato l'informativa che dovrà essere inserita nel portalino del dipendente con effetto immediato per l'ASP di Cosenza al fine di determinare entro le ore 12.00 di giovedì 17 c.m. il numero degli operatori che aderiscono alla campagna vaccinale di cui all'oggetto.

Distinti saluti.

IL DIRETTORE UOC AFFARI GENERALI
Dott. Remigio MAGNELLI

IL COMMISSARIO STRAORDINARIO
Dott.ssa Simonetta Cinzia BETTELINI



SERVIZIO
SANITARIO
REGIONALE



**AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE
COSENZA**

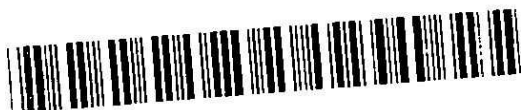


REGIONE CALABRIA

*Dipartimento Tutela della Salute
e Politiche Sanitarie*

Direzione Generale

ASP Cosenza
Protocollo Generale
N. 0124225 del 15/12/2020



**A TUTTI GLI OPERATORI SANITARI
(MEDICI DIPENDENTI E CONVENZIONATI,
PROFESSIONI SANITARIE, OSS,
AUTISTI AMBULANZA,
AUSILIARI SPECIALIZZATI)
ASP COSENZA**

OGGETTO: Adesione campagna vaccinale Covid 2019.

Si comunica che a decorrere dalla seconda metà del mese di Gennaio 2021 sarà disponibile il vaccino anti Covid 19.

Tutti gli operatori sanitari in indirizzo che volessero aderire alla proposta di vaccinazione sono invitati a manifestare il proprio interesse entro le ore 10.00 di giovedì 17 dicembre p.v. tramite email da inviare al seguente indirizzo di posta elettronica indicando le proprie generalità:

vaccinazionecovid19@aspcs.gov.it

Distinti Saluti

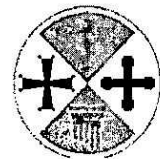
**IL DIRETTORE DIPARTIMENTO
TECNICO AMMINISTRATIVO
Dott. Remigio MAGNELLI**



SERVIZIO
SANITARIO
REGIONALE



**AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE
COSENZA**



REGIONE CALA

*Dipartimento Tutela della Salute
e Politiche Sanitarie*

IL SOTTOSCRITTO _____

NATO A _____

IL _____

CODICE FISCALE _____

IN SERVIZIO PRESSO _____

CON QUALIFICA DI _____

COMUNICA CHE

ADERISCE

NON ADERISCE

ALLA CAMPAGNA VACCINALE ANTI COVID 19.

FIRMA
