# Vaccination personal från privata vårdgivare verksamma inom Region Dalarna

|  |  |
| --- | --- |
| **Namn:**  |  |
| **Profession( hur vårdnära arbete man har):** |  |
| **Ålder, personnummer ( med tanke på vaccinsort):** |  |
| **Vilken listad vårdcentral( ifall det blir aktuellt att de ska vaccineras där):** |  |
| **Var personen arbetar och ort ( ifall de ska vända sig till närmsta sjukhus)** |   |
| **Kontaktuppgifter:** |   |

Fyll i blanketten och lämna till den vårdcentral där du är listad

**Kriterier vårdnära personal:**

FoHM skrivelse: personal inom vård och omsorg (inklusive LSS), som **arbetar nära** patienter och omsorgstagare Inom ett avstånd på **2 meter.**

Att identifiera personal som motsvarar denna rekommendation åläggs verksamhetschef eller motsvarande chef, som känner sin verksamhet och medarbetarnas kontaktyta med patienter.

Arbetsgivarens underskrift Arbetstagarens underskrift

………………………………………………………………… …………………………………………………………………..

Namnförtydligande Namnförtydligande

Ort Ort

Datum Datum