

# Vaccinazioni nei Luoghi di Lavoro

## Formulario di Registrazione Richieste

Si accede al sistema di registrazione tramite CNS, CIE, SPID2. Il link è il seguente:  
<https://servizi.toscana.it/formulari/>

### 1) Registrazione al sistema Cochise

Il sistema *Cochise* consente l'accesso ai vari formulari messi a disposizione da Regione Toscana. Solo al primo accesso, il sistema chiede conferma del *nome*, *cognome* e *indirizzo email*. Il *codice fiscale* è automaticamente prelevato dal sistema di autenticazione.



The screenshot shows the user registration interface for the 'PORTALE PIATTAFORMA COCHISE'. At the top left is the 'Regione Toscana' logo. The main header reads 'PORTALE PIATTAFORMA COCHISE' and 'AUTENTICAZIONE UTENTE'. Below this is a section titled 'Registra utente' containing four input fields: 'Nome \*', 'Cognome \*', 'Codice Fiscale \*' (with the value 'TNGMRZ63H021452Y' displayed), and 'Email'. A red 'Registrati' button is located below the 'Email' field. A small asterisk and the text '\* campo obbligatorio' are visible at the bottom left of the form area.

### 2) Scrivania formulari

Dopo la registrazione al sistema, e a tutti gli accessi successivi, è visibile la *Scrivania Formulari*. In alto a destra si seleziona la voce *Compila Formulario*.

PRESENTAZIONE FORMULARI

Home Scrivania Formulario

Sei in: Home

FILTRI

FORMULARI IN BOZZA  
Nessun formulario corrisponde ai criteri selezionati

ALTRI FORMULARI  
Nessun formulario corrisponde ai criteri selezionati

PRESENTAZIONE FORMULARI – Versione 1.1.14

Privacy

### 3) Scelta formulario

Il sistema *Cochise* consente l'accesso ai vari formulari messi a disposizione da RT. I formulari sono in ordine alfabetico: selezionare la freccia associata a *Vaccinazioni presso le aziende*.

PRESENTAZIONE FORMULARI

Home Scrivania Formulario

Sei in: Home > Scegli tipologia formulario

SELEZIONA TIPOLOGIA FORMULARIO

Tipologia Formulario	Descrizione Formulario	Presentabile entro il	Scegli
Anagrafica Soggetti Trasporto Rifiuti Transfrontalieri 1	Richiesta registrazione notificatore/produttore	31-12-9999	➔
Anagrafica Soggetti Trasporto Rifiuti Transfrontalieri 2	Richiesta aggiunta/rimozione delegati	31-12-9999	➔
Avviso pubblico contributi sociale emergenza COVID 2020	Workflow per avviso pubblico contributi sociale emergenza COVID 2020	31-12-9999	➔
Avviso pubblico contributi sociale emergenza COVID 2021	Workflow per avviso pubblico contributi sociale emergenza COVID 2021	31-12-9999	➔
Rendicontazione contributi centri estivi	Rendicontazione contributi centri estivi	31-12-9999	➔
Rendicontazione contributi manifestazioni sportive. Anno 2020	Contributi per il sostegno diretto a eventi, manifestazioni e iniziative sportive	31-12-9999	➔
Rendicontazione contributi per la ripartenza dello sport nell'ambito dell'emergenza Covid-19. Anno 2020	Rendicontazione ripartenza centri sportivi	31-12-9999	➔
Rendicontazione contributi terzo settore emergenza COVID 2020	Rendicontazione contributi terzo settore emergenza COVID 2020	31-12-9999	➔
Rendicontazione del prelievo in deroga della specie storno	rendicontazione del prelievo in deroga della specie storno	31-12-9999	➔
Richiesta attivazione utenze nuovo sistema di gestione delle emergenze di protezione civile	Richiesta attivazione utenze nuovo sistema di gestione delle emergenze di protezione civile	31-12-9999	➔
Richiesta di contributi per iniziative sportive 2021	Assegnazione contributo regionale finalizzato a sostenere le attività sportive sul territorio regionale	26-04-2022	➔
Richiesta indennità a tantum per Covid-19	Richiesta indennità a tantum per Covid-19	01-01-2999	➔
Richiesta sopralluogo per verifica agibilità	Richiesta sopralluogo per verifica agibilità	31-12-9999	➔
Rilevazione annuale pubblicazioni editoriali	Rilevazione annuale pubblicazioni editoriali	31-12-9999	➔
Rilevazione incidenti stradali con fauna selvatica	Rilevazione incidenti stradali con fauna selvatica	31-12-9999	➔
Rilevazione sicurezza urbana	rilevazione sicurezza urbana	31-12-9999	➔
Trasporto Rifiuti Transfrontalieri 1	Richiesta modelli 1A e 1B	31-12-9999	➔
Trasporto Rifiuti Transfrontalieri 2	Presentazione notifica	31-12-9999	➔
Trasporto Rifiuti Transfrontalieri 3	Richiesta moduli di movimento	31-12-9999	➔
Trasporto Rifiuti Transfrontalieri 4	Compilazione modulo di movimento	31-12-9999	➔
Vaccinazioni presso le aziende	Formulario per dare la possibilità a soggetti di varia natura di segnalare alla RT quante vaccinazioni saranno effettuate direttamente presso la loro struttura lavorativa con organizzazione a loro carico.	31-12-9999	➔

PRESENTAZIONE FORMULARI – Versione 1.1.14

Privacy

## 4) Inserimento dati - richiedente

Si inseriscono le informazioni indicate. Importante selezionare con attenzione la prima voce (*Nuova richiesta / Sostituzione richiesta già inviata*) e il tipo di consegna (*In un'unica fase / In più fasi*).

**PRESENTAZIONE FORMULARI** Home Scrivania Formulari

Sei in: Home > Scegli tipologia formulario > Nuovo formulario

**VACCINAZIONE ANTI SARS-COV2 NEI LUOGHI DI LAVORO**

Il presente modulo deve essere compilato ESCLUSIVAMENTE se si è in grado di garantire una vaccinazione a un numero superiore di 1.000 soggetti per settimana

Il sottoscritto:

Tipo di richiesta \*  
Nuova richiesta

Nome \*  
[REDACTED]

Cognome \*  
[REDACTED]

Codice fiscale \*  
[REDACTED]

Tipo di attività \*  
Artigianato

Denominazione \*  
ACME

Partita IVA \*  
12345678901

CHIEDE:

dopo aver preso visione delle linee di indirizzo regionali per la vaccinazione nei luoghi di lavoro, approvate con DGR 500 del 10/5/2021, e aver accettato di aderire alla campagna vaccinale regionale, nel rispetto delle disposizioni nazionali e regionali, le seguenti dosi di vaccino.

E' necessario chiedere un numero di vaccini corrispondente al preciso fabbisogno; le dosi di vaccino possono essere richieste in più fasi successive

Tipo di consegna dei vaccini \*  
Consegna in più fasi

Numero totale di vaccini richiesti \*  
1000

PRESENTAZIONE FORMULARI - Versione 1.1.14 Privacy

## 5) Inserimento dati - consegna

Per semplicità, nella medesima schermata si inseriscono i dati relativi alla consegna. Importante specificare le dosi previste per ciascuna fase e i dati del personale vaccinatore.

Nel caso si preferisca ricevere le dosi non in un'unica consegna ma in più fasi specificare il numero di vaccini richiesti per ciascuna di esse. Si prega di non inserire dati relativi a consegne già effettuate o già prenotate.

Numero fase *	Numero di vaccini richiesti per ogni fase *
1 *	500 *
2 *	500 *

+ AGGIUNGI FASE

Indirizzo \*  
Via Garibaldi 1256

CAP  
57124

Provincia \*  
Livorno

Comune \*  
Livorno

Asl \*  
202-nordovest

Numero di telefono  
0586123456789

E-mail  
info@acme.com

ELENCO OPERATORI SANITARI

Tipo operatore *	Nome dell'operatore sanitario *	Cognome dell'operatore sanitario *	Codice fiscale dell'operatore sanitario *
Medico *x*	Pinco *	Pallino *	PNCPLL65H02C4150 *

+ AGGIUNGI OPERATORE

Ati sensi e per gli effetti del D. P. R. n. 445 del 28 dicembre 2000 e s.m.i., sotto la propria responsabilità e nella consapevolezza delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000 (Testo unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa).

PRESENTAZIONE FORMULARI - Versione 1.1.14 Privacy

## 6) Inserimento dati - salvataggio

Dopo aver registrato la *presa visione* delle note relative al trattamento dati, si può salvare il formulario

Asl \*  
202-nordovest

Numero di telefono  
0586123456789

E-mail  
info@acme.com

ELENCO OPERATORI SANITARI

Tipo operatore *	Nome dell'operatore sanitario *	Cognome dell'operatore sanitario *	Codice fiscale dell'operatore sanitario *
Medico **	Pinco *	Pallino *	PNCPLL65H02C4150 *

+ AGGIUNGI OPERATORE

Al sensi e per gli effetti del D. P. R. n. 445 del 28 dicembre 2000 e s.m.i., sotto la propria responsabilità e nella consapevolezza delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000 (Testo unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa),

Il sottoscritto:

- dichiara di essere informato, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE/679/2016 "Regolamento Generale sulla protezione dei dati", che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa. \*
- dichiara di essere consapevole che l'accertamento della non veridicità del contenuto delle presenti dichiarazioni comporterà la revoca dell'accesso ai sistemi informativi di protezione civile e la segnalazione all'Autorità giudiziaria. \*
- presa visione e accettazione come impegno da parte del datore di lavoro ad aderire alla campagna vaccinale regionale, nel rispetto delle disposizioni nazionali e regionali. \*
- Presa visione dell'informativa della Regione Toscana agli interessati ai sensi del Regolamento UE n. 679/2016 Regolamento Generale sulla protezione dei dati indicata al seguente link: <https://www.regione.toscana.it/informativa-dati-personali-reg-ue-679/2016>. \*

Salva

PRESENTAZIONE FORMULARI - Versione 1.1.14

## 7) Trasmissione

Dopo il salvataggio è possibile ancora modificare il formulario. Quando si è certi di non voler apporre ulteriori modifiche, si procede alla *Trasmissione*. Dopo questa operazione non è più consentita la modifica. In caso di necessità, si procede alla registrazione di un nuovo formulario specificando che si tratta di una modifica a un formulario già inviato.

PRESENTAZIONE FORMULARI

Home Scrivania Formulari

Sei in: Home > Ricerca formulari > Modifica formulario

STATO FORMULARIO: Bozza

TRASMETTI

VACCINAZIONE ANTI SARS-COV2 NEI LUOGHI DI LAVORO

Il presente modulo deve essere compilato ESCLUSIVAMENTE se si è in grado di garantire una vaccinazione a un numero superiore di 1.000 soggetti per settimana

Il sottoscritto:

Tipo di richiesta \*  
Nuova richiesta

Nome \*  
[REDACTED]

Cognome \*  
[REDACTED]

Codice fiscale \*  
[REDACTED]

Tipo di attività \*  
Artigianato

Denominazione \*  
ACME

Partita IVA \*  
12345678901

CHIEDE:

dopo aver preso visione delle linee di indirizzo regionali per la vaccinazione nei luoghi di lavoro, approvate con DGR 500 del 10/5/2021, e aver accettato di aderire alla campagna vaccinale regionale, nel rispetto delle disposizioni nazionali e regionali, le seguenti dosi di vaccino.

E' necessario chiedere un numero di vaccini corrispondente al preciso fabbisogno; le dosi di vaccino possono essere richieste in più fasi successive

PRESENTAZIONE FORMULARI - Versione 1.1.14