

MOD 1MODULO DI COMUNICAZIONE**SOMMINISTRAZIONE IN FARMACIA DEI VACCINI ANTI-INFLUENZALI
-campagna vaccinale 20_/20_**

Da inviare a:

Azienda sanitaria territorialmente competente
Ordine dei Farmacisti territorialmente competente
Associazione provinciale di appartenenza

Io sottoscritto/a, Dott./Dott.ssa _____, titolare o direttore o legale rappresentante della Farmacia “_____” (indicare la denominazione della farmacia), codice _____ ubicata in Via _____ n. _____ CAP _____ Comune di _____ Fraz. _____ Prov. _____ Azienda ULSS n. _____

Aderisco ai sensi di legge alla campagna di somministrazione dei vaccini antinfluenzali 20_/20_ e accetto la designazione a Responsabile del trattamento dei dati aderendo alle clausole disciplinate con atto separato che dichiaro di conoscere e di aver letto in tutte le sue parti.

Dichiaro che il dott./i dott. _____ procederanno alle inoculazioni in quanto abilitati alla somministrazione vaccinale sulla base della positiva conclusione dei programmi e moduli formativi organizzati dall’Istituto Superiore di Sanità ai sensi dell’articolo 1, comma 2, lett. e-quarter, D. Lgs 153/2009.

Dichiaro che la somministrazione dei vaccini sarà eseguita secondo quanto contenuto nel Protocollo d’Intesa nazionale 28.7.2022 e del Protocollo d’Intesa integrativo regionale (campagna vaccinale 20_/20_).

Dichiaro di essere in possesso degli apprestamenti logistici e delle attrezzature occorrenti alla corretta conservazione e inoculazione dei vaccini che verranno resi disponibili per la somministrazione ai cittadini.

Dichiaro di osservare il rispetto dei requisiti logistici, di sicurezza, di riservatezza ed igienico-sanitari per la corretta conduzione delle attività di inoculazione,

in area interna alla farmacia - mi avvalgo della possibilità di somministrare il vaccino e a farmacia chiusa SI NO

in locali, aree o strutture in regola con i requisiti edilizio-urbanistici propri degli immobili ad uso farmacia ubicati in via _____, ricompresi nell’ambito della sede farmaceutica di pertinenza della farmacia come prevista dalla pianta organica e in regola con i requisiti edilizio-urbanistici propri degli immobili ad uso farmacia;

nel caso di servizi già comunicati ed erogati a seguito del Protocollo d’Intesa nazionale 28.7.2022 – art. 4, comma 2 o 4: autorizzati dall’Azienda ULSS ai sensi dell’art. 4 del protocollo d’Intesa nazionale 28.7.2022

SI art. 4, co. 2 SI art. 4, co. 4 NO

in assenza di precedente comunicazione ai sensi del Protocollo d’Intesa nazionale 28.7.2022: mi impegno a presentare debita domanda all’ampliamento dei locali entro 60 giorni dalla data della presente comunicazione.



85229065



Nell'ipotesi dei cui all'art. 4, comma 3 del Protocollo d'Intesa nazionale

Dichiaro di avvalermi della facoltà di esercitare in comune i servizi sanitari oggetto della presente comunicazione con le seguenti farmacie:

Titolare/legale delle seguenti Farmacia: “ _____ ” (indicare la denominazione della farmacia), codice _____ ubicata in Via _____ n. _____ CAP _____ Comune di _____ Fraz. _____ Prov. _____ Azienda ULSS n. _____

Data _____

Firma (per esteso e leggibile) _____

