



**MODULO DI ADESIONE ALLA SOMMINISTRAZIONE IN FARMACIA
DEI VACCINI ANTI-INFLUENZALI E ANTI-COVID-19**

da inviare a:

- Settore n. 3 "Assistenza Farmaceutica, Assistenza Integrativa e Protesica, Farmacie Convenzionate, Educazione all'uso consapevole del Farmaco" - Dipartimento Salute e Welfare (farmaceutica.salute@pec.regione.calabria.it)
- Settore n. 4 "Prevenzione e Sanità Pubblica" - Dipartimento Salute e Welfare (prevenzione.salute@pec.regione.calabria.it)
- Azienda sanitaria territorialmente competente
- Servizio Farmaceutico territorialmente competente
- Dipartimento di Prevenzione ASP territorialmente competente

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. _____ ASP _____

Aderisco ai sensi di legge alla campagna di somministrazione dei:

- Vaccini Antinfluenzali
- Vaccini anti-Covid-19

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/i
Dott./i _____
CF _____

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-quater), D. Lgs 153/2009.

Dichiaro che la somministrazione dei vaccini sarà eseguita secondo quanto contenuto nel Protocollo d'intesa del _____

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 a farmacia chiusa SI NO

- in locali, aree o strutture esterne

– ubicati in via _____

– ricompresi nell'ambito della sede farmaceutica di pertinenza della farmacia come prevista dalla relativa



Allegato 1

pianta organica

Ai fini della prevista autorizzazione, mi impegno a presentare debita domanda all'ampliamento dei locali entro 60 giorni dalla data della presente comunicazione.

Nell'ipotesi di 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 rappresentante delle seguenti Farmacie:

“ _____ ” (indicare la denominazione della farmacia), codice
_____ ubicata in Via _____ n. _____ CAP _____
Comune di _____ Fraz. _____ Prov. _____ ASP _____

Data _____

Firma (per esteso e leggibile) _____