

**ALLEGATO 1. MODULO DI AUTODICHIARAZIONE PER ADESIONE ALLA SOMMINISTRAZIONE
IN FARMACIA DEI VACCINI ANTI- SARS-CoV-2**

da compilare nell'apposito modulo - forms di office all'indirizzo: <https://url.emr.it/us811p7x>

Io sottoscritto, Dr. / Dott.ssa _____, titolare o direttore o legale rappresentate della Farmacia _____ Codice _____ della Farmacia _____

Indirizzo della Farmacia _____

Comune _____ Provincia _____

Azienda Sanitaria di riferimento _____

aderisco al progetto regionale di somministrazione del vaccino anti SARS-CoV-2 in Farmacia di cui alla deliberazione di Giunta regionale anno n...../2021. A tal fine dichiaro che i seguenti Farmacisti

	Farmacista 1	Farmacista 2
Nome				
Cognome				
Codice fiscale				
e-mail personale (una mail per singolo farmacista)				
N. iscrizione Ordine				
Provincia Ordine di iscrizione				

procederanno alle somministrazioni in quanto hanno concluso i seguenti programmi formativi:

- corso FAD dell'Istituto Superiore di Sanità da titolo "Campagna vaccinale Covid-19: la somministrazione in sicurezza del vaccino anti SARSCoV-2/Covid-19";
- corso FAD dell'Istituto Superiore di Sanità e della Federazione degli Ordini dei Farmacisti Italiani dal titolo "Campagna vaccinale Covid-19: focus di approfondimento per la somministrazione in sicurezza del vaccino anti SARS-CoV-2/Covid-19 nelle Farmacie";
- formazione pratica finalizzata all'attività pratica di somministrazione del vaccino certificata da un tutor professionale (medico o infermiere).

Dichiaro, in relazione alle specifiche tecniche di cui alla Deliberazione regionale n. _____/2021:

- il rispetto dei requisiti dei locali delle Farmacie adibiti a vaccinazione e delle misure di sicurezza;
- l'adozione delle modalità congrue a garanzia della continuità della catena del freddo e della buona conservazione dei vaccini;
- che la vaccinazione avverrà nei seguenti locali (barrare le scelte):
 - in area interna alla Farmacia, separata dagli spazi destinati all'accoglienza dell'utenza e allo svolgimento delle attività ordinarie
 - a Farmacia chiusa nei locali normalmente utilizzati dalla Farmacia
 - in appositi locali separati ubicati in via _____
 - destinati esclusivamente alla vaccinazione
 - presso i quali, in orari/giorni diversi, vengono eseguiti anche test COVID-19 (sierologici/tamponi rapidi)

Dichiaro altresì di garantire:

- la presenza, nei locali adibiti alla vaccinazione, di aree distinte, separate tra loro anche da tende/pareti mobili, destinate a: accettazione; preparazione della dose; somministrazione; monitoraggio/osservazione del vaccinato;
- l'accesso regolamentato ai locali destinati alla vaccinazione, differenziando, ove possibile, i percorsi di entrata e di uscita;
- l'affissione in Farmacia di chiare indicazioni sulle modalità di accesso ai locali destinati alla vaccinazione.

Data _____

Nome e cognome _____

Firma _____

NB: Il presente modulo debitamente compilato deve inoltre essere stampato e inviato a:

- Azienda Unità Sanitaria Locale territorialmente competente
- Ordine dei Farmacisti territorialmente competente
- Servizio Assistenza Territoriale Regione Emilia-Romagna