Allegato 1 – Modulo di autodichiarazione per adesione alla somministrazione in farmacia dei vaccini
Rev. 15 settembre 2026

MODULO DI AUTODICHIARAZIONE PER ADESIONE ALLA SOMMINISTRAZIONE IN FARMACIA DEI VACCINI

da compilare nell'apposito modulo - forms di office all'indirizzo:

SOMMINISTRAZIONE IN FARMACIA DEI VACCINI (office.com)

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

Codice a 8 cifre della Farmacia |__|__|__|__|__|__|__|__|

Indirizzo della Farmacia ……

Comune …… Provincia ……

Azienda Sanitaria di riferimento ……

comunico l'adesione alla SOMMINISTRAZIONE DEI VACCINI IN FARMACIA.

A tal fine dichiaro:

- ☐ che i farmacisti che precederanno alla vaccinazione presso questa farmacia hanno partecipato a:
  - formazione pratica finalizzata all'attività di somministrazione dei vaccini certificata da un tutor professionale (medico o infermiere), in tema di: inoculo vaccino; gestione del vaccino (con cenni alle differenze nella gestione tra vaccini somministrabili in farmacia); dialogo con il paziente, sicurezza del paziente e sicurezza dell'operatore, monitoraggio post inoculo, farmacovigilanza e gestione dei rifiuti;
  - specifico corso formativo FAD dell'Istituto Superiore di Sanità;
- ☐ di garantire la presenza di almeno un farmacista in possesso di attestato di partecipazione al corso BLSD (Basic Life Support with Defibrillation) a conoscenza del sito di collocazione di un defibrillatore.

- ☐ la lista e i relativi dati dei farmacisti vaccinatori, riportati nella seguente tabella:

	Farmacista 1	**Farmacista 2**	**Farmacista 3**	**Farmacista 4**
Nome				
Cognome				
Codice fiscale				
e-mail personale farmacista				
N. iscrizione Ordine				
Provincia Ordine iscrizione				

Comunicazione relativa a giornate e orari disponibili per le sessioni vaccinali della Farmacia:

……

……

Data ……

Nome e cognome ……

Firma ……

NB: Il presente modulo debitamente compilato deve inoltre essere stampato e inviato alla *Azienda Unità Sanitaria Locale territorialmente competente*.