

## **MODULO DI ADESIONE**

### **SOMMINISTRAZIONE IN FARMACIA DEI VACCINI ANTI SARS COV-2**

da inviare tramite e-mail a:

Azienda sanitaria territorialmente competente

Ordine dei Farmacisti territorialmente competente

Associazione provinciale Federfarma o Coordinamenti regionali Assofarm

*le informazioni contenute nel presente modulo devono inoltre essere inserite – al fine di ricomprendere la Farmacia nell’elenco regionale delle Farmacie aderenti - nell’apposito modulo (forms di office) disponibile al seguente URL breve: modulo di adesione*

Io sottoscritto, Dr. / Dott.ssa \_\_\_\_\_, titolare o direttore tecnico o legale rappresentate della Farmacia \_\_\_\_\_

Indirizzo della Farmacia \_\_\_\_\_ Comune \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_

Azienda Sanitaria di riferimento \_\_\_\_\_

Aderisco ai sensi di legge alla campagna di somministrazione del vaccino anti SARS- CoV2 in Farmacia 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 a norma dell’art. 1, comma 465, della Legge 178/2020.

- 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.

#### **A tal fine dichiaro di garantire i seguenti requisiti per la sicurezza**

\_\_\_ Programmazione dell’attività solo su appuntamento.

\_\_\_ Previa acquisizione del consenso informato attraverso la compilazione della scheda per la valutazione dell’idoneità/inidoneità del soggetto a sottoporsi alla somministrazione vaccinale.

\_\_\_ Precisazione al cittadino che per ricevere il vaccino non deve avere avuto negli ultimi 10 giorni contatti stretti con persone affette da Covid-19, non deve avere febbre superiore a 37.5°C, non deve avere sintomatologia respiratoria.

\_\_\_ Avviso all’ingresso della Farmacia o all’ingresso della struttura esterna (fissa o mobile) dedicata alla vaccinazione, con chiare istruzioni sulle modalità di accesso.

A tal proposito dichiaro di organizzare gli accessi nel rispetto delle seguenti indicazioni:  
(*barrare una o più opzioni*)

\_\_\_\_ per farmacie fino a quaranta metri quadrati, ingresso di una persona alla volta da sottoporre a vaccinazione, oltre a un massimo di due operatori;

\_\_\_\_ dimensioni superiori a quaranta metri quadrati, con accesso regolamentato, differenziando, ove possibile, i percorsi di entrata e di uscita

\_\_\_\_ presenza nell'area di soluzioni per l'igiene delle mani e indicazioni per il distanziamento fisico

\_\_\_\_ adeguatezza nei locali della farmacia delle portate di aria esterna secondo le normative vigenti e mantenimento di adeguati livelli di filtrazione degli impianti di areazione

\_\_\_\_ esecuzione del vaccino in ambiente dedicato o separato dal locale di vendita o, in alternativa, a Farmacia chiusa o con altre modalità che garantiscono la riservatezza e la sicurezza necessarie.

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_