

**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 \(office.com\)](http://office.com)

Io sottoscritto, Dr. / Dott.ssa, titolare o direttore o legale rappresentante
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 antinfluenzale 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;
 - corso BLSD (Basic Life Support with Defibrillation).

- ☐ 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.