

**MODULO DI AUTODICHIARAZIONE PER ADESIONE ALLA SOMMINISTRAZIONE
IN FARMACIA DEI VACCINI ANTINFLUENZALI**

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

<https://forms.office.com/r/6Yg1F7qN6q>

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 ANTINFLUENZALE in Farmacia di cui all'Intesa, ai sensi dell'articolo 5, comma 4-bis, del decreto-legge, 23 luglio 2021, n. 105, convertito, con modificazioni, dalla legge 16 settembre 2021, n. 126, sul documento recante "Protocollo di Intesa tra il Governo, le Regioni e le Province autonome, Federfarma e Assofarm per la somministrazione da parte dei farmacisti dei vaccini antinfluenzali". Repertorio atti n. 215 del 21 ottobre 2021.

A tal fine dichiaro che:

- i farmacisti che precederanno alla vaccinazione antinfluenzale presso questa farmacia **HANNO CONCLUSO I SEGUENTI PROGRAMMI FORMATIVI:**

- superamento dello specifico corso organizzato dall'Istituto Superiore di Sanità ai sensi dell'art.5, comma 4-bis, del decreto-legge 23 luglio 2021, n. 105, convertito, con modificazioni, dalla legge n. 126 del 2021;
- avvenuta formazione, certificata, del Corso ISS ID 174F20
- avvenuta formazione, certificata, del Corso ISS ID 177F21;
- avvenuta formazione pratica finalizzata all'attività di somministrazione del vaccino antinfluenzale certificata da un tutor professionale.

- poiché detta farmacia ha già aderito al progetto di vaccinazione anti SARS CoV-2/Covid-19, la lista dei farmacisti precedentemente abilitati alla vaccinazione anti SARSCoV-2/Covid-19 e che effettueranno anche la vaccinazione antinfluenzale:

- a. resta invariata;
- b. subisce le seguenti variazioni (rinunce o integrazioni):
 - rinunce: Nome, Cognome, Codice fiscale del farmacista
 - integrazioni nominativi farmacisti:

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

- di NON avere aderito al progetto di vaccinazione anti SARSCoV-2/Covid-19, e pertanto i farmacisti vaccinatori sono i seguenti (tabella da compilare solo qualora la farmacia non abbia già aderito alla vaccinazione anti SARS COVID-19):

	Farmacista 1	Farmacista 2
Nome				
Cognome				
Codice fiscale				
e-mail personale (una mail				

per singolo farmacista)				
N. iscrizione Ordine				
Provincia Ordine di iscrizione				

Dichiaro, inoltre, in relazione alle *specifiche tecniche* di cui all'Intesa nazionale del 21 ottobre 2021 sopra citata e alla DGR 1337/2021 in tema di vaccinazioni anti SARSCoV-2/Covid-19:

- 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.

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 a:

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