



DIREZIONE GENERALE  
CURA DELLA PERSONA, SALUTE E WELFARE  
LA DIRETTRICE  
**KYRIAKOULA PETROPULACOS**

|      | TIPO                  | ANNO | NUMERO |
|------|-----------------------|------|--------|
| REG. | CFR FILESEGNATURA.XML |      |        |
| DEL  | CFR FILESEGNATURA.XML |      |        |

Alle Direzioni Generali delle  
Aziende sanitarie della Regione Emilia-  
Romagna

e p.c. Agli Ordini dei Farmacisti delle province  
della Regione Emilia-Romagna

ES-SC

**Oggetto: Formazione pratica farmacisti convenzionati su somministrazione vaccini anti SARS-CoV-2.**

Gent.mi,

in relazione alla possibilità di coinvolgere nel percorso di vaccinazione anti SARS-CoV-2 anche le Farmacie convenzionate situate nel territorio della regione, e tenendo conto che l'Accordo quadro nazionale inerente al tema della vaccinazione in farmacia (sottoscritto tra il Presidente della Conferenza delle Regioni, il Ministro della Salute, il Presidente di Federfarma nazionale e il Presidente di Assofarm nazionale in data 29 marzo 2021), prevede che il farmacista debba acquisire formazione, oltre che teorica attraverso specifico corso FAD-ISS, anche pratica, si chiede la Vs disponibilità a organizzare, presso le sedi vaccinali di ciascuna Azienda sanitaria, momenti di attività formativa pratica, certificati come da modulo allegato, rivolta a farmacisti convenzionati delle Farmacie che aderiranno al progetto – coinvolgendo per gli aspetti organizzativi gli Ordini provinciali dei Farmacisti.

Cordiali saluti.

Kyriakoula Petropulacos  
(firmato digitalmente)

Allegato 1

Allegato 1

ATTESTATO DI COMPIUTA ESERCITAZIONE PRA TICA  
DI SOMMINISTRAZIONE VACCINO anti SARS CoV-2

Io sottoscritta/o Dott.ssa/Dott. \_\_\_\_\_ , medico/infermiere  
operante presso il centro vaccinale dell'Azienda \_\_\_\_\_ che la dott.ssa/dott.  
\_\_\_\_\_ iscritta/o all'Ordine dei Farmacisti di  
\_\_\_\_\_ n. iscrizione all'Albo \_\_\_\_\_  
ha correttamente espletato, sotto il mio tutoraggio professionale, l'esercitazione pratica finalizzata  
all'attività di somministrazione del vaccino anti SARS-CoV-2 eseguita in data  
\_\_\_\_\_.

Luogo, data

Firma tutor professionale

Firma farmacista

*Copia del presente attestato deve essere trasmesso all'Ordine dei Farmacisti di iscrizione a cura  
del farmacista che ha eseguito l'esercitazione.*