

REPUBBLICA ITALIANA

Regione Siciliana



ASSESSORATO DELLA SALUTE

MODULO DI ADESIONE SOMMINISTRAZIONE IN FARMACIA DEI VACCINI ANTI SARS-COV-2

da inviare tramite e-mail a:

- Assessorato alla Salute – Dipartimento ASOE (dirigentegen.dasoe@regione.sicilia.it);
- Azienda Sanitaria Provinciale territorialmente competente;
- Ordine dei Farmacisti territorialmente competente;
- Associazione provinciale Federfarma o Coordinamento regionale Assofarm

Io sottoscritto, Dr./Dott.ssa _____, titolare o direttore tecnico o legale rappresentate della Farmacia _____
Indirizzo della Farmacia _____ Comune _____ Provincia _____ Azienda Sanitaria Provinciale di riferimento _____

Aderisco ai sensi di legge alla campagna di somministrazione del vaccino anti SARS-Cov-2 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/i dott./i _____ 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.

che il/i dott./i _____ procederanno alle inoculazioni in quanto autorizzati alla somministrazione vaccinale sulla base della positiva conclusione della esercitazione pratica finalizzata all'attività di inoculazione di cui all'Allegato 3 dell'Accordo Quadro nazionale.

in alternativa,

che il dott. _____, iscritto all'Ordine dei Medici della Provincia di _____ procederà alle inoculazioni in Farmacia, in qualità di Tutor professionale, nelle _____ more della abilitazione alla somministrazione del dott./i _____ 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.

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.

di aver sottoscritto l'Accordo quadro per la designazione a responsabile del trattamento dei

dati personali ai sensi dell'art. 28 del regolamento ue 2016/679, allegato all'Accordo per la somministrazione dei vaccini siglato con l'Assessorato regionale della Salute.

Altresì 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 locale o area esterna (es. gazebo) ubicati in prossimità della farmacia e comunque posti ad una distanza non superiore a 200 metri dalla stessa;
- 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 _____