

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

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

▪ [SOMMINISTRAZIONE IN FARMACIA DEI VACCINI \(office.com\)](#)

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

Codice a 8 cifre della Farmacia |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Indirizzo della Farmacia

Comune Provincia

Azienda Sanitaria di riferimento

aderisco al progetto regionale di somministrazione dei vaccini in Farmacia di cui alle deliberazioni di Giunta regionale 1201/2023 e 247/2024, e in particolare:

- Vaccinazioni antinfluenzali;
- vaccinazioni anti SARS-Cov-2.

A tal fine dichiaro:

- che i farmacisti che precederanno alla vaccinazione antinfluenzale presso questa farmacia hanno partecipato a:
 - specifico corso formativo FAD dell'Istituto Superiore di Sanità;
 - formazione pratica finalizzata all'attività di somministrazione del vaccino antinfluenzale certificata da un tutor professionale, in tema di: inoculo vaccino; gestione del vaccino (con cenni alle differenze nella gestione tra vaccini anti SARS-CoV-2 e vaccini antinfluenzali); dialogo con il paziente, sicurezza del paziente e sicurezza dell'operatore, monitoraggio post inoculo, farmacovigilanza e gestione dei rifiuti;
 - corso BLS (Basic Life Support with Defibrillation).

- la lista e i relativi dati dei farmacisti vaccinatori, riportati nella seguente tabella:

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