



federfarma
federazione nazionale unitaria
dei titolari di farmacia italiani

Roma, 5 agosto 2022
Uff.-Prot.n° UE-AA/11934/359/F7/PE
Oggetto: Esecuzione test diagnostici, vaccinazioni
anti SARS-CoV-2 e antinfluenzali in farmacia.
Protocollo d'intesa Governo, Regioni, Organizzazioni
delle farmacie del 28 luglio 2022 -
Invio modulo di comunicazione

ALLE ASSOCIAZIONI PROVINCIALI
ALLE UNIONI REGIONALI

SOMMARIO:

Con riferimento al nuovo Protocollo d'intesa del 28 luglio 2022, Federfarma invita le farmacie che intendono aderire ad almeno una delle attività contemplate dal Protocollo e le farmacie che già svolgono i servizi in esame, ad inviare il previsto modulo di comunicazione.

PRECEDENTI: Circolare Federfarma prot. n. 11486/346 del 28 luglio 2022.

Con riferimento alla circolare citata tra i precedenti con la quale è stato trasmesso e commentato il nuovo Protocollo d'Intesa applicativo del d. lgs. 153/2009, art. 1, comma 2, lettera e-quater, sull'esecuzione di test diagnostici, vaccinazioni anti SARS-CoV-2 e antinfluenzali in farmacia, Federfarma, anche a seguito di richieste di delucidazione pervenute, invita le farmacie che intendono aderire ad almeno una delle attività contemplate dal Protocollo e le farmacie che già svolgono i servizi in esame, a compilare e trasmettere ai destinatari ivi previsti, ossia Azienda sanitaria territorialmente competente, Ordine dei Farmacisti territorialmente competente, Associazione provinciale di appartenenza, il modulo di comunicazione, allegato n. 1 al Protocollo in oggetto, che si ritrasmette per comodità di consultazione (allegato n.1).

Cordiali saluti.

IL SEGRETARIO
Dott. Roberto TOBIA

IL PRESIDENTE
Dott. Marco COSSOLO

All. n. 1

Questa circolare viene resa disponibile anche per le farmacie sul sito internet www.federfarma.it contemporaneamente all'inoltro tramite e-mail alle organizzazioni territoriali.

Notizie, informazioni, aggiornamenti sul mondo della farmacia ogni giorno su
la [web TV di Federfarma](#)



Via Emanuele Filiberto, 190 - 00185 ROMA
Tel. (06) 70380.1 - Telefax (06) 70476587 - e-mail: box@federfarma.it
Cod. Fisc. 01976520583

Allegato 1

MODULO DI COMUNICAZIONE

SOMMINISTRAZIONE IN FARMACIA DEI VACCINI ANTI-COVID, ANTI-INFLUENZALI E TEST DIAGNOSTICI (da inviare se si aderisce ad almeno una delle attività)

da inviare a:

Azienda sanitaria territorialmente competente

Ordine dei Farmacisti territorialmente competente

Associazione provinciale di appartenenza

Io sottoscritto/a, Dott./Dott.ssa _____, titolare o direttore o legale rappresentante della Farmacia “ _____ ” (indicare la denominazione della farmacia), codice _____ ubicata in Via _____ n. _____ CAP _____
Comune di _____ Fraz. _____
Prov. _____ Azienda ULSS n. _____

Aderisco ai sensi di legge alla campagna di somministrazione dei vaccini:

- anti-COVID-19 SI NO
- antinfluenzale SI NO

Aderisco ai sensi di legge all'attività di somministrazione di test diagnostici che prevedono il prelevamento del campione biologico a livello nasale, salivare o orofaringeo SI NO

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 dott./i dott. _____ 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 ai sensi dell'articolo 1, comma 2, lett. e-quater), D. Lgs 153/2009.

Dichiaro che la somministrazione dei vaccini sarà eseguita secondo quanto contenuto nel Protocollo d'intesa del _____

Dichiaro 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.

Dichiaro di osservare il rispetto dei requisiti logistici, di sicurezza, di riservatezza ed igienico-sanitari per la corretta conduzione delle attività di inoculazione,

in area interna alla farmacia

mi avvalgo della possibilità di somministrare il vaccino a farmacia chiusa SI NO

in locali, aree o strutture esterne

- ubicati in via _____

- ricompresi nell'ambito della sede farmaceutica di pertinenza della farmacia come prevista dalla relativa pianta organica

- in regola con i requisiti edilizio-urbanistici propri degli immobili ad uso farmacia

L'attività di vaccinazione presso detti locali, aree o strutture è già in essere SI NO

L'attività di *testing* presso detti locali, aree o strutture è già in essere SI NO

Ai fini della prevista autorizzazione, mi impegno a presentare debita domanda all'ampliamento dei locali entro 60 giorni dalla data della presente comunicazione.

Nell'ipotesi di cui all'art. 4, comma 3 del Protocollo d'Intesa nazionale
Dichiaro di avvalermi della facoltà di esercitare in comune i servizi sanitari oggetto della presente comunicazione con le seguenti farmacie:

titolare /legale rappresentante delle seguenti Farmacie:

“ _____ ” (*indicare la denominazione della farmacia*), codice
_____ ubicata in Via _____ n.
_____ CAP _____ Comune di _____ Fraz.

Prov. _____ Azienda ULSS n. _____

Data _____

Firma (*per esteso e leggibile*) _____