



federfarma

AVELLINO

associazione sindacale titolari di farmacia

Prot. n. 30

Avellino 4 Maggio 2023

Ai Sigg. Titolari di Farmacia
Della Provincia di Avellino
E. Mail

Oggetto: **Protocollo d' intesa tra la Regione Campania e le Associazioni di categoria per l' attuazione dello screening per l' eliminazione dell' infezione da HCV.**

Caro Collega ,

Ti rinvio il modulo di adesione relativo al protocollo d' intesa (screening dell' infezione da HCV).

Indipendentemente dalla esecuzione o meno di tale test presso la Tua farmacia, Ti invito ad inviare il modulo di adesione che troverai in allegato.

Essendo la Regione Campania la prima ad offrire al cittadino la possibilità di eseguire il suddetto test, è importante dare testimonianza che la farmacia è sempre presente e vicina al cittadino ed è in condizione di offrire tali servizi.

Il modulo deve essere inviato nel più breve tempo possibile per poter essere inserito nella relativa piattaforma, alla ASL al seguente indirizzo protocollo@pec.aslavellino.it e alla Federfarma di Avellino a circolari@federfarmavellino.it.

Certo della Tua fattiva collaborazione Ti invio cordiali saluti.

IL PRESIDENTE
(Dott. Mario Flovella)

Mario Flovella

Sede: Viale Italia, 203 | 83100 - AVELLINO

Tel.: +39 0825 31733

Fax: +39 0825 33517

E-Mail: circolari@federfarmavellino.it

Pec: ap.avellino@pec.federfarma.it

C.F.: 80010150649

Allegato 1

MODULO DI COMUNICAZIONE-ADESIONE

ATTUAZIONE TEST RAPIDO SCREENING HCV

da inviare a:

Azienda sanitaria territorialmente competente

alla propria Associazione Sindacale di
categoria provinciale

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

Contatti:

Telefono: _____

Pec: _____

Mail: _____

Aderisco:

— screening HCV

a SI a 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 di osservare il rispetto dei requisiti logistici, di sicurezza e di riservatezza per la corretta conduzione delle attività.

Data _____

Firma (per esteso e leggibile) _____