

Modulo di adesione della farmacia

al protocollo per l'esecuzione di test antigenico rapido in farmacia per la sorveglianza Covid-19

Al Dipartimento di Prevenzione dell'Azienda sanitaria Friuli Occidentale – AS FO

Alla SOC Assistenza Farmaceutica dell'Azienda sanitaria Friuli Occidentale – AS FO

PEC: asfo.protgen@certsanita.fvg.it

Premesso che:

- la Regione Autonoma Friuli Venezia Giulia, ai sensi della Legge 30 dicembre 2020, n. 178, ha definito un Protocollo per l'esecuzione di test antigenico rapido in farmacia per la sorveglianza Covid-19, da attuarsi nell'ambito delle attività di screening volte a fronteggiare l'attuale curva epidemica dei casi di COVID-19, che impone di dedicare particolare attenzione nell'adozione di ulteriori misure, aggiuntive oltre a quelle già messe in atto, utili a contrastare la diffusione del virus;
- Il Protocollo riguarda l'effettuazione da parte dei cittadini, presso le Farmacie aderenti all'iniziativa, di test antigenico rapido per la rilevazione di antigene SARS-CoV-2, su base volontaria e con oneri a proprio carico, senza ricetta medica;
- I tamponi, nasali o orofaringei devono rispondere alle norme e alle caratteristiche previste dalla Circolare Ministeriale n. 705 del 08/01/2021 "Aggiornamento della definizione di caso COVID-19 e strategie di testing" e devono avere obbligatoriamente le caratteristiche minime previste dal punto 2. del Protocollo;
- I test in ogni caso vanno eseguiti nel rigoroso rispetto delle indicazioni riportate nella scheda tecnica del dispositivo utilizzato e secondo le modalità precisate nel Protocollo sopra indicato.

Il/la

Sottoscritto/_____

c.f. _____

nato a _____ (____) il ____/____/____,

residente a _____ (____) in _____
_____ n° _____

con la presente comunica la propria adesione al Protocollo per l'esecuzione di test antigenico rapido in farmacia per la sorveglianza covid-19 della Regione Friuli Venezia Giulia.

Consapevole che chiunque rilascia dichiarazioni mendaci è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia, ai sensi e per gli effetti dell'artt. 46, 47 e 48 del D.P.R. n. 445/2000

DICHIARA

Di essere titolare/legale rappresentante della Farmacia:

Sita in: _____ via: _____

con sede legale: _____

C.F./P.Iva _____

codice nazionale farmacia _____ codice regionale farmacia _____

recapito telefono: _____ mail: _____

Che il Direttore della Farmacia è:

Che l'Azienda Sanitaria di afferenza è:

Di effettuare il test, nel rispetto del Protocollo in tutti i suoi contenuti:

- in spazi dedicati all'interno della farmacia;
- all'interno della farmacia in orario di chiusura;
- in spazio esterno adiacente alla farmacia.

allega copia di documento di identità in corso di validità.

Firma del Titolare/legale rappresentante

Firma del Direttore della farmacia, per presa visione:

Data: _____