

**DOMANDA DI ADESIONE DELLE FARMACIE APERTE AL PUBBLICO AL CUP
DELL' A.O.U. FEDERICO II**

I sottoscritto/a Dott. _____

nat. a _____ Prov. _____ il _____

Codice Fiscale _____

Residente a _____ Prov. _____

Via _____ n° _____

CAP _____ tel. _____

In qualità di:

Titolare della Farmacia privata di _____

Oppure

Direttore della Farmacia Pubblica di _____

Preso atto del Protocollo di intesa siglato il _____ tra l'AOU Federico II, Federfarma Napoli ed Assofarm Campania;

Impegnandosi, con la firma apposta in calce al presente accordo, al rispetto delle clausole ivi riportate,

CHIEDE

- Di aderire al Servizio di prenotazione delle prestazioni specialistiche tramite il Sistema Centro Unico di Prenotazione in base a quanto previsto dal D.Lvo n. 153 del 3 ottobre 2009;
- Il rilascio delle credenziali di accesso al sistema.

1 sottoscritt_ dichiara, inoltre, di accettare le seguenti condizioni e modalità operative:

- Le Farmacie che aderiscono alla presente convenzione mettono a disposizione uno spazio idoneo, anche ai fini del rispetto della privacy, ove ubicare le proprie attrezzature informatiche necessarie per lo svolgimento dell'attività prevista dal Sistema di Prenotazione (denominato CUP dell'AOU Federico II).
- Le Farmacie dovranno farsi carico delle eventuali richieste di assistenza tecnica presso la ditta fornitrice delle anzidette attrezzature, nonché degli oneri al collegamento alla rete Internet (per il funzionamento ottimale del Servizio di prenotazione è consigliabile disporre di un collegamento

digitale alla rete Internet, meglio se di tipo xDLS, e del browser Internet Explorer - Versione 6.0 o superiore) e delle spese relative alla formazione dei propri operatori;

- Le Farmacie potranno effettuare la prenotazione esclusivamente per le prestazioni che l'AOU Federico II renderà disponibili sul sistema Portale/CUP;
- Le Farmacie avranno l'obbligo di compilare tutti i campi necessari per la prenotazione, anche per i pazienti esenti;
- L'effettuazione delle prenotazioni, nonché l'informazione al pubblico, sono limitate all'orario di apertura al pubblico della farmacia nel rispetto dei turni di servizio e di ferie e, comunque, compatibilmente con le prioritarie necessità ed esigenze del servizio farmaceutico;
- Le Farmacie aderenti dovranno esporre all'esterno e all'interno del locale di vendita, in modo ben visibile, appositi cartelli di segnalazione del servizio di prenotazione CUP;
- Le Farmacie effettueranno la prenotazione, con indicazione di ora, giorno, prestazione, struttura di erogazione, importo del ticket (o accertamento dell'eventuale esenzione) e dovranno fornire all'assistito l'apposita modulistica prodotta dalla procedura CUP relativa alle istruzioni propedeutiche all'effettuazione dell'esame;
- L'assistito dovrà presentarsi in farmacia munito della prescrizione del Medico di Medicina Generale e del Pediatra e della tessera sanitaria personale;
- Le Farmacie dovranno verificare che l'eventuale diritto all'esenzione nelle varie tipologie sia attestato dal Medico proscrittore nelle modalità di Legge;
- Per l'effettuazione dei servizi di prenotazione la farmacia deve garantire tutte le misure che consentano il rispetto della normativa vigente in materia di trattamento dei dati personali (ex D.Lvo 196/2003 e s.m.i.);
- Il Legale Rappresentante della Farmacia, nominato **Responsabile Esterno** del trattamento dei dati dell'AOU Federico II in qualità di Titolare, designa gli incaricati del trattamento nell'ambito del Sistema CUP, individuandoli tra gli operatori allo scopo formati, in conformità a quanto previsto all'art. 83 del D.Lvo 196/2003 dandone comunicazione all'Azienda.

In Farmacia sarà esposta l'informativa all'assistito, in versione semplificata, redatta a cura dell' l'AOU Federico II:

- le Farmacie potranno effettuare le operazioni di disdetta di una prestazione almeno 48 ore prima della data di erogazione prevista;

Le Farmacie sono tenute ad eseguire le prestazioni oggetto della presente convenzione con la massima diligenza.

Il presente contratto ha durata pari a quella del Protocollo d'intesa salvo disdetta scritta entro 3 mesi dalla scadenza. È escluso il tacito rinnovo; esso sarà adeguato a eventuali modifiche della disciplina Regionale e dal protocollo d'intesa, qualora dovessero intervenire modifiche nel periodo di vigenza dell'accordo stesso.

_1 _ sottoscritt_, comunica, infine il seguente indirizzo di Posta Elettronica Certificata:

_____@_____

Data

Timbro e firma per esteso