

**MODULO DI ADESIONE ALLA FARMACIA DEI SERVIZI**

Da inviare a:

Azienda Sanitaria territorialmente competente

Ordine dei Farmacisti territorialmente competente

Associazione provinciale Federfarma o Coordinamenti regionali Assofarm

Io sottoscritto, Dr. / Dott .ssa \_\_\_\_\_

titolare  direttore tecnico  legale rappresentate della Farmacia,

Tipologia della farmacia  Urbana  Rurale  Rurale Sussidiata

indirizzo della Farmacia \_\_\_\_\_

Comune \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_

Codice ASL della farmacia \_\_\_\_\_ Codice NSIS (codice di tracciabilità) \_\_\_\_\_

ASL di appartenenza:    Napoli 1 Centro                   Napoli 2 Nord                   Napoli 3 Sud

Indirizzo mail \_\_\_\_\_

Indirizzo mail PEC \_\_\_\_\_

Aderisco ai sensi di legge alla campagna di:

SERVIZI DI FRONT OFFICE E FASCICOLO SANITARIO ELETTRONICO

SERVIZI DI MONITORAGGIO DELL'ADERENZA TERAPEUTICA

SERVIZI DI RICOGNIZIONE E RICONCILIAZIONE ALLA TERAPIA FARMACOLOGICA

SERVIZI DI TELECARDIOLOGIA

**HOLTER PRESSORIO**     **HOLTER CARDIACO**     **ECG**     **SPIROMETRIA**

SOMMINISTRAZIONE DI TEST PER L'EMOGLOBINA GLICATA ED IL QUADRO LIPIDICO

ATTIVITA' DI SCREENING ONCOLOGICI

**CA COLON RETTO**    **CA MAMMELLA**    **CA CERVICE UTERINA**

N.B. Per l'attività di screening oncologici coloro che già lo effettuano dovranno ugualmente biffare la casella

ATTIVITA' DI SCREENING PER L'HCV

**N.B. Per l'attività di screening HCV coloro che già lo effettuano dovranno ugualmente biffare la casella.**

**Tale attività non rientra nelle sperimentazioni previste dalla "Farmacia dei servizi" ma è finanziato integralmente dalla Regione Campania con apposito fondo.**

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 l'attività sarà eseguita secondo quanto contenuto nel protocollo d'intesa del 29/12/2023 n: 939.

Dichiaro di essere in possesso della strumentazione necessaria allo svolgimento dell'attività.

Dichiaro di osservare il rispetto dei requisiti logistici, di sicurezza, di riservatezza ed igienico-sanitari per la corretta conduzione di tutte le attività prescelte.

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_