



MODELLO DI ADESIONE - PROGETTI FARMACIA DEI SERVIZI

DDR n. \_\_\_\_\_

Da inviare ad:

Azienda ULSS territorialmente competente

Associazione di appartenenza

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

Consapevole delle sanzioni penali e civili, nel caso di dichiarazioni mendaci, di formazioni o usi di atti falsi, richiamate dall’articolo 76 del DPR n. 445/2000 e s.m.i., sotto la mia responsabilità

DICHIARO

ai sensi degli articoli 46 e 47 del DPR n. 445/2000 e s.m.i.,

- di aderire al/ai seguente/i progetto/i

- 1.A - Progetto screening dell’ipertensione arteriosa non noto
- 2.A - Progetto screening dell’ipercolesterolemia non nota
- 3.A - Progetto monitoraggio dell’aderenza alla terapia farmacologica nei pazienti con diabete tipo 2
- 4.A - Progetto monitoraggio dell’aderenza alla terapia farmacologica nei pazienti affetti da BPCO
- 1.B.1 – Televisita \*- visita generale
- 1.B.2 – Televisita \*- visita specialistica
- 2.B - Elettrocardiogramma (ECG) - Holter cardiaco - Holter pressorio

Con riferimento al progetto 1.B.2:

→ preciso di seguito la disponibilità ad erogare il servizio nei seguenti giorni e orari

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Con riferimento al progetto 2.B:

→ preciso di seguito per ciascun dispositivo utilizzato denominazione, relativo Codice Prodotto e relativo numero di Repertorio

ECG \_\_\_\_\_

Holter pressorio \_\_\_\_\_

Holter cardiaco \_\_\_\_\_

→ *preciso di seguito per il Provider/Centro di refertazione*: denominazione, dati anagrafici, Responsabile legale e dati riferiti all'autorizzazione (numero, data, ente che ha provveduto al rilascio) e dichiarato che lo stesso dispone di requisiti organizzativi, professionali e tecnologici tali da garantire la dovuta qualità della prestazione erogata in farmacia

---

---

- di adempiere a quanto stabilito dal protocollo operativo di cui all'Allegato A al DDR n. \_\_\_\_\_
- di svolgere la/le attività progettuale/i nel rispetto degli indirizzi regionali di cui alla DGR n. 69 del 29.1.2024
  - presso i locali principali della farmacia
  - presso locali distaccati dalla farmacia ubicati in Via \_\_\_\_\_ giusta autorizzazione dell'Azienda ULSS n. \_\_\_\_\_
- di avere effettuato attività di formazione anche attraverso la partecipazione dei corsi resi disponibili gratuitamente dalla FOFI in relazione al progetto o a tutti i progetti oggetto della presente comunicazione SI  NO  ; se NO: di impegnarmi ad avviare tempestivamente la prevista formazione (precisare se tutti e se solo alcuni indicare quali) \_\_\_\_\_

TIMBRO FARMACIA  
FIRMA del Titolare/Direttore

---

(per esteso e leggibile)

\* In caso di adesione ai progetti 1.B.1 e 1.B.2 "Televisita", tale comunicazione va inviata entro 15 giorni dalla data di adozione del decreto di approvazione del presente modello, fermo restando la manifestazione di interesse da parte dell'Azienda ULSS

Allegato: documento di identità in corso di validità