

MODULO DI ADESIONE ALL'ATTIVITÀ DI ESECUZIONE DEL TAMPONE ANTIGENICO RAPIDO

(AUTODICHIARAZIONE AI SENSI DELL'ART. 47 D.P.R. N. 445/2000)

Data di compilazione del modulo_____

Il sottoscritto (COGNOME) _____ (NOME) _____,

CF _____, nato a _____ (_____) il _____,

Titolare/Direttore della Farmacia (Rag. Sociale) _____

con Cod. Reg. _____ P.IVA _____, con sede in _____ (_____),

Via/Piazza _____, n. _____, Tel. _____,

Cell. _____, e-mail _____, PEC _____

consapevole che le dichiarazioni false, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi comportano l'applicazione delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R.445/2000 e la decadenza dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera

DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ

- ✓ l'adesione al servizio di testing mediante l'esecuzione di tamponi antigenici rapidi da effettuarsi presso *(barrare la casella per esprimere la scelta. È possibile effettuare una sola scelta)*

☐ scelta a) → Farmacia,

☐ scelta b) → Area esterna alla Farmacia situata nelle immediate vicinanze e comunque nel rispetto della Pianta Organica

- ✓ che il tampone antigenico rapido si svolge esclusivamente su appuntamento;
- ✓ che viene fornita al cittadino un'informazione sulla tecnica di esecuzione del tampone e sulle modalità di consegna del risultato;
- ✓ che per essere ammessi al test non si deve avere temperatura corporea superiore a 37.5°C e non si deve avere sintomatologia respiratoria (o sospetta CoviD-19, ad esempio anosmia);

- ✓ che all'ingresso della Farmacia è esposto un avviso con chiare istruzioni sulle modalità di accesso e opportuna informativa ai sensi dell'articolo 13 del regolamento UE 2016/679 (GDPR);
- ✓ che gli spazi a disposizione dell'utenza sono: *(barrare una delle tre opzioni)*
 - locale fino a quaranta metri quadrati che prevede l'accesso di una persona alla volta, oltre a un massimo di due operatori,
 - locale dimensioni superiori a quaranta metri quadrati, con accesso regolamentato, differenziando, ove possibile, i percorsi di entrata e di uscita,
 - area esterna,dotati di indicazioni per l'igiene delle mani e per il distanziamento interpersonale;
- ✓ di attuare ricambio d'aria negli ambienti interni della farmacia;
- ✓ che l'area dove avviene l'esecuzione del test ha poche superfici ad alta frequenza di contatto e offre la possibilità di una rapida igienizzazione;
- ✓ che l'esecuzione del test avviene in ambiente dedicato o separato dal locale di vendita o, in alternativa, a farmacia chiusa;
- ✓ che viene garantita la riservatezza e la sicurezza necessarie;
- ✓ di garantire l'esecuzione dei Tamponi antigenici rapidi *(barrare la casella per esprimere la scelta. È possibile effettuare una sola scelta oppure entrambe le scelte):*
 - ☐ scelta 1) → in regime SSR,
 - ☐ scelta 2) → in regime extra SSR.