



**MODULO DI ADESIONE ALLA SPERIMENTAZIONE DEI SERVIZI DI TELEMEDICINA
NELL'AMBITO DELLA SPERIMENTAZIONE DELLA FARMACIA DEI SERVIZI**

da inviare a:

- Settore n. 3 “Assistenza Farmaceutica, Assistenza Integrativa e Protesica, Farmacie Convenzionate, Educazione all’uso consapevole del Farmaco” - Dipartimento Salute e Welfare
farmaceutica.salute@pec.regione.calabria.it
- Azienda sanitaria territorialmente competente
- Servizio Farmaceutico territorialmente competente

Io sottoscritto/a, Dott./Dott.ssa _____, titolare o direttore o legale rappresentante della Farmacia “_____” (indicare la denominazione della farmacia), codice _____ ubicata in Via _____ n. _____ CAP _____ Comune di _____ Fraz. _____ Prov. _____ A.S.P. di _____

Aderisco ai sensi di legge alla sperimentazione dei servizi di Telemedicina nell’ambito della sperimentazione della Farmacia dei Servizi per i seguenti servizi:

- ☐ Elettrocardiogramma (ECG)
- ☐ Holter pressorio
- ☐ Holter cardiaco
- ☐ Spirometria semplice

e accetto la designazione a Responsabile del trattamento dei dati.

Dichiaro che i suddetti servizi verranno svolti nei seguenti giorni e orari:

- ☐ Elettrocardiogramma (ECG):
giorni: _____
dalle ore _____ alle ore _____ durata prestazione (in min.) _____
- ☐ Holter pressorio
giorni: _____
dalle ore _____ alle ore _____ durata prestazione (in min.) _____
- ☐ Holter cardiaco
giorni: _____
dalle ore _____ alle ore _____ durata prestazione (in min.) _____
- ☐ Spirometria semplice
giorni: _____
dalle ore _____ alle ore _____ durata prestazione (in min.) _____

Dichiaro che il dott./i dott. _____ procederanno all’erogazione dei servizi di Telemedicina, in quanto dotati di formazione e acquisizione delle competenze necessarie a garantire l’efficacia del servizio erogato oggetto di sperimentazione nell’ambito della Farmacia dei Servizi.

Dichiaro di essere in possesso di locali dedicati e separati da altri ambienti per l’erogazione dei servizi di Telemedicina, nonché degli strumenti tecnologici e digitali necessari.

Dichiaro di osservare il rispetto dei requisiti logistici, di sicurezza, di riservatezza ed igienico-sanitari per la corretta conduzione delle attività di erogazione dei servizi di Telemedicina in area interna alla farmacia

L'attività di erogazione dei servizi di Telemedicina presso detti locali è già in essere

☐ SI ☐ NO

Ai fini della prevista autorizzazione, mi impegno a presentare debita domanda all'ampliamento dei locali entro 60 giorni dalla data della presente comunicazione

Data _____

Firma (per esteso e leggibile) _____