

ALL'ORDINE INTERPROVINCIALE DEI FARMACISTI BARI BAT
PIANO NAZIONALE VACCINALE – FARMACISTI VACCINATORI

MODULO RICHIESTA CREDENZIALI ACCESSO CORSO FORMATIVO

Il sottoscritto Dott. _____ C.F. _____ farmacista iscritto all'Ordine
dei Farmacisti di _____ con il n. _____ residente in _____ alla via

RICHIEDE

il rilascio delle credenziali di accesso ai Corsi formativi obbligatori realizzati dall'Istituto Superiore di Sanità per i
Farmacisti vaccinatori su piattaforma EDUISS.

DICHIARA

di esercitare la professione presso la farmacia _____ sita

in _____ Via _____

in qualità di

- ☐ **Titolare**
- ☐ **Contitolare**
- ☐ **Direttore**
- ☐ **Collaboratore contrattualizzato**
- ☐ **Libero professionista contrattualizzato**

- ☐ di prestare la propria attività professionale come volontario reclutato da Enti/Associazioni autorizzate alla
somministrazione di vaccini.

Dott. _____

- ☐ Autorizzo il trattamento dei miei dati personali ai sensi del Dlgs 196 del 30 giugno 2003 e dell'art. 13 GDPR
(Regolamento UE 2016/679) ai fini della presente richiesta.

Firma

- ☐ Ai sensi dell'art. 46 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445, consapevole delle conseguenze penali previste in caso
di dichiarazioni mendaci, ai sensi e per gli effetti dell'art. 46 D.P.R. n. 445/2000, dichiaro sotto la mia
responsabilità che le informazioni trasmesse attraverso la compilazione del presente modulo corrispondono a
verità.

Firma

ATTENZIONE!

Stampare, compilare e firmare la presente richiesta inviandola a:

farmacistivaccinatori@ordinefarmacistibaribat.it

allegando il documento d'identità

**I FARMACISTI AL TERMINE DELLO SVOLGIMENTO DEI DUE CORSI FAD OBBLIGATORI PER I "FARMACISTI
VACCINATORI", DEVONO TRASMETTERE ALL'ORDINE I CERTIFICATI CON CUI L'ISTITUTO SUPERIORE DI SANITA'
ATTESTA LA CONCLUSIONE DEI MEDESIMI CON ESITO POSITIVO.**