

MODULO DI ADESIONE AI SERVIZI DI TELEMEDICINA - FARMACIA DEI SERVIZI

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

Data di compilazione del modulo 02/09/2024

Il sottoscritto **Visioli Chiara, VSLCHR94E55B898M**, nato a **Casalmaggiore (CR)** il **15/05/1994**,

Direttore Tecnico della Farmacia **Azienda Farmaceutica Municipale SRL** con Cod. Reg. **CR00010 P.IVA 01110410196**,

con sede in **Casalmaggiore (CR)**, **Piazza Garibaldi, 8**, Tel. **037542221**, Cell. **3472493806**, e-mail **casalmaggiore@afmcasalmaggiore.it**, PEC **farmacia.casalmaggiore@legalmail.it**

ATS di riferimento: **Ats della Val Padana**

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

- che presso la farmacia in epigrafe è presente almeno un farmacista iscritto all'Ordine e formato in base alle indicazioni nazionali e regionali:

VISIOLI CHIARA

La formazione obbligatoria prevede la partecipazione al corso inerente all'attività erogata, fruibile su [FAD FOFI - Corsi Farmacia dei Servizi](#)

- di erogare presso la proprio propria farmacia i seguenti servizi di telemedicina previsti dalla DGR 2405/2024 e di avvalersi di un provider, in possesso dei requisiti stabiliti dalla DGR 2405/2024: "Tele-refertazione effettuata da Strutture Sanitarie Accreditate (iscritte all'ASAN)":

Elettrocardiogramma Technology Health Systems Group

Holter pressorio Technology Health Systems Group

Holter cardiaco Technology Health Systems Group

- di avvalersi della Piattaforma DottorFarma per rendicontare a Regione le prestazioni effettuate
- di organizzare spazi idonei e attrezzati per erogare le previste prestazioni di telemedicina, in ottemperanza alla DGR 848/2022.

Data Adesione: **02/09/2024**