

(Fac-simile)

(data)

Spett.le
ASL di _____

Oggetto: D.M. 11 dicembre 2012 – Criteri in base ai quali subordinare l'adesione delle Farmacie Pubbliche ai nuovi servizi, di cui all'art. 1, comma 3, del DLgs 153/2009.

Il sottoscritto _____ Sindaco/Amministratore/Direttore Generale/Direttore Responsabile della Azienda/Farmacia Comunale di _____, in osservanza delle indicazioni previste dall'art. 2, comma 1, lett. B) del Decreto Ministeriale in oggetto indicato, con la presente comunica la volontà di erogare all'interno della/delle Farmacia/ie _____ i seguenti servizi di cui al DLgs 153/2009

(ad es.)

Misurazione della pressione arteriosa

Holter pressorio

Glicemia

Colesterolo

Peso

Trigliceridi

Noleggio ausili e presidi

Analisi del capello

Consegna a domicilio

Moc

Infermiere professionale

Fisioterapista

(altro)

Si assicura, altresì, l'osservanza delle indicazioni speciali e generali del Piano socio-sanitario regionale.

In fede.

Il Sindaco/Il Direttore Generale Azienda/
Direttore di Farmacia
(Timbro e firma)