



**Procedimento**

Comunicazione Inizio/Fine rapporto di lavoro collaboratore farmacista.

**Breve descrizione e riferimenti normativi utili**

Il Titolare/Direttore della farmacia comunica al Servizio Farmaceutico Territoriale dell'Azienda USL di Bologna le generalità, la data di assunzione e la data di cessazione degli addetti all'esercizio farmaceutico, ai sensi dell'art. 12 L 475/68, degli artt. 5,12 comma 5 DPR 1275/71, dell'art. 11 LR 2/2016. Le suddette comunicazioni saranno trascritte in apposito registro tenuto Servizio Farmaceutico Territoriale ai fini della produzione di certificazioni di stato di servizio.

**Articolazione**

Dipartimento Farmaceutico

**Unità operativa**

UO Assistenza Farmaceutica Territ. e Vigilanza (SC)

**Responsabile del procedimento**

DENISE GIARDINI

**Tel.**

051 6597365

**E-Mail**

d.giardini@ausl.bologna.it

**Responsabile**

DENIS SAVINI

**Tel.**

051 6597357

**E-Mail**

d.savini@ausl.bologna.it

**Inizio del procedimento**

istanza di parte

**Modulistica necessaria**

Modulo per la comunicazione Inizio/Fine rapporto di lavoro collaboratore farmacista (vedi allegato a fondo pagina)

**Individuazione Uffici per informazioni, orari, modalità di accesso, recapiti, presentazione istanze**

Segreteria UOC Assistenza Farmaceutica Territoriale e Vigilanza. ■■Tel. 051/6597357 - Fax 051/6597366; e-mail: servizio.farmaceutico@ausl.bologna.it ■■Orari apertura al pubblico: dal lunedì al venerdì: 8.30:13.00 - martedì e venerdì: 14.30:16.30

**Termine di conclusione procedimento**

30 giorni

**Possibilità di sostituzione con autocertificazione**

No

**Possibilità di termine del procedimento con silenzio/assenso**

Si

**Titolare potere sostitutivo**

DENIS SAVINI

**Tel. Titolare potere sost.**

051 6597357

**E-mail Titolare potere sost.**

d.savini@ausl.bologna.it