**Procedimento**
Erogazione indennità di residenza alle Farmacie Rurali
**Breve descrizione e riferimenti normativi utili**
Entro il 31 marzo di ogni anno pari, il titolare/direttore di farmacia rurale, situata in località con meno di 3.000 abitanti, presenta alla Azienda USL apposita istanza in bollo. ■■Il Servizio Farmaceutico chiede al Comune di riferimento la certificazione dei requisiti richiesti dalla normativa e individua, ai sensi della L. 221/1968, l'ammontare dell'indennità spettante alle farmacie aventi titolo.■■L'importo viene erogato, per quota di spettanza, dall'AUSL di Bologna e dal Comune di riferimento della farmacia avente titolo.■■Riferimenti normativi: Art. 28 L. 221/1968; L.40/1973; Art. 11 LR. 2/2016; art. 15 Legge 183/2011
**Articolazione**
Dipartimento Farmaceutico Interaziendale
**Unità operativa**
Funzione Amministrativa Assistenza Farmaceutica Territoriale
**Responsabile del procedimento**
ANNA SAVARINO
**Tel.**
051.6597319 (37319)
**E-Mail**
anna.savarino@ausl.bologna.it
**Inizio del procedimento**
istanza di parte
**Modulistica necessaria**
Fac-simile di Richiesta Indennità di residenza.
**Individuazione Uffici per informazioni, orari, modalita' di accesso, recapiti, presentazione istanze**
Segreteria UOC Assistenza Farmaceutica Territoriale e Vigilanza ■■Tel. 051.6597357 fax 051.6597366 ■■PEC: farmaceutica.territoriale@pec.ausl.bologna.it Mail: Servizio.Farmaceutico@ausl.bologna.it■■Orari apertura al pubblico:dal lunedì al venerdì: 8.30:13.00 - martedì e giovedì: 14.30:16.30
**Modalità informazioni stato procedimento**
Segreteria UOC Assistenza Farmaceutica Territoriale e Vigilanza ■■Tel. 051.6597357 fax 051.6597366 ■■PEC: farmaceutica.territoriale@pec.ausl.bologna.it Mail: Servizio.Farmaceutico@ausl.bologna.it■■Orari apertura al pubblico:dal lunedì al venerdì: 8.30:13.00 - martedì e giovedì: 14.30:16.30
**Termine di conclusione procedimento**
Con determinazione da adottarsi entro il 30 giugno di ogni anno
**Possibilita' di sostituzione con autocertificazione**
No
**Possibilità di termine del procedimento con silenzio/assenso**
No
**Titolare potere sostitutivo**
DENIS SAVINI
**Tel. Titolare potere sost.**
051 6597357
**E-mail Titolare potere sost.**
d.savini@ausl.bologna.it