

<p style="text-align: center;"><b>PROCEDURA COMUNICAZIONE ALL’A.S.P. DI INIZIO O CESSATO SERVIZIO DEI FARMACISTI COLLABORATORI E PRATICANTI.</b></p>
--

### **CAMPO DI APPLICAZIONE**

Questa procedura riguarda la comunicazione di inizio servizio o cessato servizio dei farmacisti collaboratori delle farmacie, parafarmacie e depositi all’ingrosso e dei laureati iscritti all’Ordine che frequentano la farmacia al fine di conseguire l’idoneità alla titolarità.

### **SCOPO**

Scopo della procedura è descrivere la modalità operativa e fornire la modulistica atta alla comunicazione dell’inizio servizio o del cessato servizio dei farmacisti collaboratori delle farmacie, parafarmacie e depositi all’ingrosso e dei laureati iscritti all’Ordine che frequentano la farmacia al fine di conseguire l’idoneità alla titolarità presso le farmacie aperte al pubblico.

### **DOCUMENTI DI RIFERIMENTO**

- art. 32 RD del 30/09/1938 n.1706
- Legge 892/84, art. 6;
- DPR 1275/71, art. 12
- Art. 42 del Decreto Legge n. 69 del 21/06/2013 (soppressione certificazioni sanitarie);
- Art. 15 della Legge n. 183 del 12/11/2011 (decertificazione nei rapporti fra P.A. e privati).

### **MODALITA’ OPERATIVE**

Il responsabile della U.O.C. Farmaceutica Territoriale dell’A.S.P. di Catanzaro acquisisce dal farmacista titolare/direttore l’istanza (allegato 1); ai fini della decorrenza della comunicazione fa fede la data di avvio/cessazione comunicata dal farmacista titolare/direttore. In caso di comunicazione di inizio attività trasmessa dal farmacista titolare/direttore oltre i trenta giorni dalla data di effettivo inizio attività, la stessa deve essere integrata con copia del contratto di assunzione del farmacista collaboratore e/o valida documentazione attestante l’effettivo servizio prestato. Le suddette comunicazioni vengono archiviate dalla U.O. in appositi fascicoli tenuti presso i propri uffici, per l’aggiornamento dello stato di servizio dei farmacisti dipendenti. Il Responsabile della U.O.C. Farmaceutica Territoriale verifica la regolarità della documentazione, predisponendo la presa atto del servizio. Questa viene quindi trasmessa al titolare/direttore della farmacia richiedente tramite posta certificata.

### **ALLEGATI**

Fax simile di comunicazione da presentare all’A.S.P. per l’inizio servizio o per il cessato servizio dei farmacisti collaboratori/laureati che frequentano la farmacia al fine di conseguire l’idoneità alla titolarità. (*ALLEGATO 1 – ALLEGATO 2*)

# ALLEGATO 1

Farmacia \_\_\_\_\_  
Codice regionale \_\_\_\_\_  
Comune \_\_\_\_\_

Spett.le A.S.P. di Catanzaro  
Direttore U.O.C. Farmaceutica Territoriale

Via \_\_\_\_\_

E, p.c. Ordine Provinciale dei Farmacisti Catanzaro  
Via Italia,81

Oggetto: Comunicazione di inizio attività Farmacista in farmacia aperta al pubblico (D.P.R. 21.08.1971 n. 1275 art.14).

Il/La sottoscritto/a Dott./Dott.ssa ..... titolare/direttore/gestore provvisorio della Farmacia..... Codice Regionale ..... ubicata in Via .....nr. .... del Comune di .....

## COMUNICA

che il/la Dott./Dott.ssa ..... nato/a a ..... il ..... , residente a ..... in via..... n. .... CF ..... mail....., in possesso della laurea in Farmacia/Chimica e Tecnologie Farmaceutiche conseguita presso l'Università di ..... in data ..... e del Diploma di Abilitazione conseguito presso l'Università di ..... in data ....., iscritto all'Ordine dei Farmacisti della Provincia di ..... dal ..... al n. .... presta la propria attività presso questa farmacia in qualità di farmacista collaboratore/Praticante a far data dal giorno/mese/anno per un totale di ore ..... settimanali/mensili.

Si allega autocertificazione di iscrizione all'ordine del/della dott./dott.ssa..... e fotocopia della sua carta d'identità.

Lo scrivente si riserva di segnalare tempestivamente ogni futuro cambiamento d'orario, nonché la data di cessazione dell'attività di Farmacista del/della dott./dott.ssa.....

Distinti saluti.

.....  
(luogo)

.....  
(data)

Il Farmacista collaboratore/praticante .....

IL FARMACISTA TITOLARE/DIRETTORE .....

*Ai sensi dell'art. 38 D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000, la dichiarazione è sottoscritta dall'interessato in presenza di dipendente addetto ovvero sottoscritta o inviata insieme alla fotocopia, non autentica di un documento d'identità del dichiarante, all'ufficio competente.*

## DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE

(ai sensi dell'art. 46 del D.P.R. 28/12/2000, n. 445)

Il/la sottoscritto/a.....codice fiscale .....

Nato/aa ..... il..... Residente

a.....Via..... n. .....civico.....Recapito/domicilio

presso.....Via ..... n. civico .....

Consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del DPR n. 445/2000

### DICHIARA

Di essere in possesso del/i seguente/i titoli di studio:

Laurea in .....

Conseguita presso ..... il .....

Di essere :

abilitato/a all'esercizio della professione di farmacista avendo superato l'esame di stato presso l'Università degli Studi di.....nell'anno .....e regolarmente iscritto/a all' Albo Professionale dell'Ordine dei Farmacisti della Provincia di.....al n.....dal .....

Di avere il seguente indirizzo di posta elettronica certificata PEC.....

.....li, .....

Il Dichiarante .....

*Dichiaro di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 del D.lgs. n.196/03, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.*

**ALLEGATO 2**

Farmacia \_\_\_\_\_  
Codice regionale \_\_\_\_\_  
Comune \_\_\_\_\_

Spett.le A.S.P. di Catanzaro  
Direttore U.O. C. Farmaceutica Territoriale

Via \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

E, p.c. Ordine Provinciale dei Farmacisti Catanzaro

Via Italia,81

**Oggetto: Cessazione farmacista Collaboratore/Pratica professionale.**

Il/La sottoscritto/a Dott./Dott.ssa \_\_\_\_\_ Titolare/Direttore  
della Farmacia \_\_\_\_\_ sita in \_\_\_\_\_ Provincia di Catanzaro  
Via \_\_\_\_\_, n. \_\_\_\_\_ comunica che il Dott./Dott.ssa \_\_\_\_\_  
ha cessato il servizio presso questa farmacia a partire dal giorno \_\_\_\_\_ .

Distinti saluti.

Luogo \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_

Firma Il Titolare/Direttore della farmacia

\_\_\_\_\_

Il Farmacista collaboratore/praticante

\_\_\_\_\_

## **TRASFERIMENTO DELLA FARMACIA IN ALTRI LOCALI NELL'AMBITO DELLA SEDE AUTORIZZATA**

### **CAMPO DI APPLICAZIONE**

Questa procedura si applica alla gestione del trasferimento dei locali della farmacia nell'ambito della propria sede farmaceutica.

### **SCOPO**

Scopo della procedura è descrivere la modalità operativa per il trasferimento dei locali nell'ambito della propria sede farmaceutica.

### **LEGGI DI RIFERIMENTO**

- Legge 2 aprile 1968 n° 475
- Legge 8 novembre 1991 n° 362
- D.P.R. 21 agosto 1971 n° 1275 art. 13
- L.R. 18 Aprile 1990 n. 18
- Testo Unico delle Leggi Sanitarie T.U.LL.SS 1265/1934;
- R.D.1706/1938;

### **MODALITA' OPERATIVE**

Per il trasferimento dei locali della farmacia nell'ambito della propria sede farmaceutica, il titolare della farmacia, deve presentare istanza di autorizzazione (Allegato 1) all'U.O.C. Farmaceutica Territoriale dell'A.S.P. di Catanzaro, corredata dalla seguente documentazione:

- a) Dichiarazione asseverata che i nuovi locali ricadono all'interno della propria sede farmaceutica
- b) Dichiarazione asseverata che i nuovi locali sono ubicati ad una distanza non inferiore ai 200 metri dalle farmacie limitrofe
- c) planimetria aggiornata dei locali in scala 1:100 timbrata e firmata, sulla quale siano indicate le superfici, le superfici fenestrate, le altezze, l'organizzazione funzionale degli ambienti
- d) certificato di agibilità e destinazione d'uso dei locali da adibire a farmacia, rilasciato dal Comune;
- e) certificazione igienico-sanitaria rilasciata dal competente Ufficio di Igiene e Sanità pubblica dell'A.S.P. di Catanzaro

- f) dichiarazioni di conformità degli impianti: termico, idraulico ed elettrico ai sensi delle L. n° 46/90 e 626/94 e s.m.i.;
- g) relazione tecnica dell'impianto di condizionamento (ove presente) e delle modalità di controllo della temperatura dei locali;

L'U.O.C. Farmaceutica Territoriale valuta la documentazione e richiede i documenti mancanti.

L'U.O.C. Farmaceutica Territoriale trasmette l'istanza al Comune ed all'U.O. Affari Generali affinché la stessa sia pubblicata per 15 giorni consecutivi all'albo pretorio del Comune e dell'A.S.P. di Catanzaro. Provvede, altresì, a chiedere al sindaco del Comune di esprimere parere in merito al richiesto trasferimento della Farmacia presso i nuovi locali e se gli stessi ricadano all'interno della sede farmaceutica di pertinenza della Farmacia stessa.

Se non viene fatta opposizione da alcuno e la documentazione è completa, la Commissione Farmaceutica Aziendale dell'ASP (art. 14 L.R. 18/90) effettua un sopralluogo preventivo presso il nuovo locale al fine di verificare la sussistenza dei requisiti previsti dalla normativa vigente nonché la funzionalità per l'espletamento del servizio farmaceutico.

Se il risultato dell'ispezione non è soddisfacente, la Commissione intimerà al Titolare/Direttore ad adempiere a quanto prescritto entro un determinato termine.

In caso di esito positivo del sopralluogo preventivo, l'U.O.C. Farmaceutica Territoriale emette il Provvedimento di autorizzazione al trasferimento e apertura della Farmacia istante presso i nuovi locali; lo stesso viene trasmesso in copia al Titolare/Direttore e al Dipartimento Tutela della Salute e delle Politiche sociali – Regione Calabria.

A trasferimento avvenuto, la Commissione Farmaceutica Aziendale procede all'ispezione ordinaria della Farmacia presso i nuovi locali.

## ALLEGATO 1

### MODULO DI RICHIESTA DI TRASFERIMENTO DEI LOCALI DELLA FARMACIA

Farmacia \_\_\_\_\_  
Codice regionale \_\_\_\_\_  
Comune \_\_\_\_\_  
Indirizzo pecmail: \_\_\_\_\_

Spett.le Azienda Sanitaria Provinciale di Catanzaro

Direttore U.O.C  
Farmaceutica Territoriale

Via \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### OGGETTO: Richiesta di autorizzazione al trasferimento dei locali della farmacia

Il sottoscritto Dott. \_\_\_\_\_ Titolare/Direttore della Farmacia denominata  
\_\_\_\_\_ Codice fiscale/Partita IVA \_\_\_\_\_

#### **RICHIEDE**

L'autorizzazione al trasferimento/ampliamento dei locali della Farmacia dalla sede attuale ubicata nel Comune di \_\_\_\_\_, provincia di Catanzaro, via \_\_\_\_\_, n. civico \_\_\_\_\_, presso la nuova sede ubicata in via \_\_\_\_\_, n. civico \_\_\_\_\_ dello stesso Comune.

#### **A tal fine allega la seguente documentazione:**

- perizia tecnica asseverata da giuramento atta a comprovare che i locali ricadono nella sede prevista dalla Pianta Organica e a distanza non inferiore a 200 mt dalla più vicina farmacia, con misurazione da soglia a soglia per la via pedonale più breve;
- planimetria aggiornata dei locali in scala 1:100 con rapporti aero-illuminanti e sezioni (si allegherà altra documentazione per eventuale adeguamento ai regolamenti locali di igiene), completa di organizzazione funzionale degli ambienti;
- certificato di agibilità dei locali da adibire a farmacia rilasciato dal Comune con indicazione della destinazione d'uso;
- certificazione igienico-sanitaria rilasciata dalla competente U.O. di Igiene e Sanità pubblica dell'ASP di Catanzaro;
- dichiarazioni di conformità degli impianti: termico, idraulico ed elettrico ai sensi delle (vigenti normative in materia) L. n° 46/90 e Decreto Legislativo 81/2008 e s.m.i.; (626/94)
- relazione tecnica dell'impianto di condizionamento (ove presente) e delle modalità di controllo della temperatura dei locali;

Con osservanza.

Luogo \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_

Firma del  
Titolare/Direttore Responsabile