
 ASL ROMA 1	PROCEDURA GESTIONALE	PG ADF 002
	<b>Titolo: COMUNICAZIONE DI PRESA O CESSATO SERVIZIO DEI FARMACISTI COLLABORATORI</b>	
	UOSD VIGILANZA FARMACIE E PARAFARMACIE	

<b>INDICE:</b>	<b>PUBBLICATA SUL:</b>
Campo di applicazione..... pag.2 Scopo..... pag.2 Documenti di riferimento... pag.2 Definizioni e abbreviazioni pag.2 Modalità operative..... pag.3 Referenti..... pag.3 Allegati..... pag.3	Portale aziendale ASL Roma 1 per i titolari/direttori delle farmacie, parafarmacie e depositi all'ingrosso ubicati nel territorio.

REV.	DATA	DESCRIZIONE	PREPARATO DA	APPROVATO DA
1	14/07/2023	STESURA	-Dott.ssa Giovanna Lembo <i>Responsabile UOSD Vigilanza Farmacie e Parafarmacie</i> -Dott.ssa Paola Cocito <i>UOSD Vigilanza Farmacie e Parafarmacie</i>	-Dott.ssa Roberta Pavan <i>Direttore Area del Farmaco</i>

 ASL ROMA 1	PROCEDURA GESTIONALE	PG ADF 002
	<b>Titolo: COMUNICAZIONE DI          PRESA O CESSATO SERVIZIO          DEI FARMACISTI          COLLABORATORI</b>	Rev. N.°1 del 14/07/2023 Pagina 2
	UOSD VIGILANZA FARMACIE E PARAFARMACIE	

### 1) CAMPO DI APPLICAZIONE

Questa procedura riguarda la comunicazione di presa servizio o cessato servizio dei farmacisti collaboratori delle farmacie, parafarmacie e depositi all'ingrosso di medicinali e gas medicinali.

### 2) SCOPO

Scopo della procedura è descrivere la modalità operativa e fornire la modulistica atta alla comunicazione della presa in servizio o del cessato servizio dei farmacisti collaboratori delle farmacie, parafarmacie e depositi all'ingrosso dei medicinali e gas medicinali.

### 3) DOCUMENTI DI RIFERIMENTO

- Decreto Legge n° 69/2013 art. 42;
- Circolare interna ASL ROMA 1, prot.n. 22316 del 09/02/2022;
- Legge 892/84, art. 6;
- DPR 1275/71, art.12;
- Art. 32 RD del 30/09/1938 n° 1706.

### 4) DEFINIZIONI E ABBREVIAZIONI


UOSD: Unità Operativa Semplice Dipartimentale.

ASL: Azienda Sanitaria Locale.

DPR: Decreto Presidente della Repubblica.

PG: Procedura Gestionale.

RD: Regio Decreto.

 ASL ROMA 1	PROCEDURA GESTIONALE	PG ADF 002
	<b>Titolo: COMUNICAZIONE DI          PRESA O CESSATO SERVIZIO          DEI FARMACISTI          COLLABORATORI</b>	Rev. N.°1 del 14/07/2023 Pagina 3
	UOSD VIGILANZA FARMACIE E PARAFARMACIE	

## 5) MODALITÀ OPERATIVE

Tutti i titolari/direttori di esercizi farmaceutici compresi nella ASL Roma 1 sono tenuti a comunicare via mail al farmacista responsabile della UOSD Vigilanza Farmacie e Parafarmacie dell'Area del Farmaco, la data di assunzione o la cessazione dal servizio dei farmacisti collaboratori.

La comunicazione di presa servizio (**allegato 1**) dovrà essere corredata di autocertificazione (**allegato 2**);

## 6) REFERENTI

Responsabile UOSD Vigilanza Farmacie e Parafarmacie:

Dott.ssa Giovanna Lembo

P.zza S. Maria della Pietà n°5 pad XIII 00135 Roma.

Tel: 06/68356770 Cell: 320/4267337

giovanna.lembo@aslroma1.it

Dirigente Farmacista UOSD Vigilanza Farmacie e Parafarmacie:

Dott.ssa Paola Cocito

P.zza S. Maria della Pietà n°5 pad XIII 00135 Roma.

Tel: 06/68356798 Cell. 331/2698608

paola.cocito@aslroma1.it

Amministrativi:

Dott.ssa Laura Manganelli Conforti Tel: 06/68356771 Cell. 338/9185094 laura.manganelli@aslroma1.it

Sig. Michele Faita Tel: 06/68356755 Cell. 366/6620378 michele.faita@aslroma1.it

P.zza S. Maria della Pietà n°5 pad XIII 00135 Roma.

## 7) ALLEGATI

- Fac simile di comunicazione da presentare alla ASL Roma 1 per la presa servizio o per il cessato servizio dei farmacisti collaboratori (**Allegato 1**).
- Dichiarazione sostitutiva di iscrizione all'Ordine dei Farmacisti (**Allegato 2**).

# ALLEGATI

## ALLEGATO 1

*Fac simile comunicazione da presentare alla ASL per la presa servizio o cessato servizio dei farmacisti collaboratori.*

Dott.....

Farmacia/ Parafarmacia/ Deposito all'ingrosso.....

Ubicazione.....

Tel.....

Fax.....

Spett.le ASL Roma 1  
UOSD Vigilanza Farmacie e Parafarmacie  
Piazza S. Maria della Pietà 5  
00135 Roma

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_, titolare/legale rappresentante della società .....titolare della sede farmaceutica n° \_\_\_\_\_ / parafarmacia/ deposito all'ingrosso denominato/a \_\_\_\_\_ e sito/a in \_\_\_\_\_  
comunica che **in data** \_\_\_\_\_ il/la dott. \_\_\_\_\_  
nat\_ a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_, laureato\_ in \_\_\_\_\_  
iscritt\_ all'Ordine dei Farmacisti della provincia di \_\_\_\_\_ al n. \_\_\_\_\_

- È stato/a assunto/a presso questa farmacia/ parafarmacia/ deposito all'ingrosso, con la qualifica di \_\_\_\_\_, con contratto \_\_\_\_\_ per \_\_\_\_\_ ore settimanali.
- Ha cessato servizio presso questa farmacia/ parafarmacia/ deposito all'ingrosso.

Allego alla presente comunicazione:

- autocertificazione del/della

Dott. \_\_\_\_\_

Distinti saluti

Roma \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETÀ**

(art. 21, 46 e 76 del DPR 445 del 28/12/2000)

Il/la sottoscritto/a Dr. \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_,  
residente a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_, consapevole delle sanzioni penali, nel caso  
di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti, richiamate nell'art. 46 del DPR 445/2000

**DICHIARA**

di essere iscritt\_ all'Ordine dei Farmacisti di \_\_\_\_\_ al n° \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_.

Roma, li.....

Firma.....