

|                                                                                                 |                                                                                       |                                         |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------|
|  ASL<br>ROMA 1 | PROCEDURA GESTIONALE                                                                  | PG ADF 002                              |
|                                                                                                 | <b>Titolo: COMUNICAZIONE DI PRESA O CESSATO SERVIZIO DEI FARMACISTI COLLABORATORI</b> | Rev. N.º2 del<br>20/10/2025<br>Pagina 1 |
|                                                                                                 | UOSD VIGILANZA FARMACIE E PARAFARMACIE                                                |                                         |

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

| REV. | DATA       | DESCRIZIONE | PREPARATO DA                                                                                                                                                                                                                                         | APPROVATO DA                                                 |
|------|------------|-------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|
| 2    | 20/10/2025 | STESURA     | -Dott.ssa Paola Cocito<br><i>Responsabile Sostituta<br/>           UOSD Vigilanza<br/>           Farmacie e<br/>           Parafarmacie</i><br><br>-Dott. Orazio Bono<br><i>UOSD Vigilanza<br/>           Farmacie e<br/>           Parafarmacie</i> | -Dott.ssa Roberta Pavan<br><i>Direttore Area del Farmaco</i> |

|                                                                                   |                                                                                       |                                         |
|-----------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------|
|  | PROCEDURA GESTIONALE                                                                  | PG ADF 002                              |
|                                                                                   | <b>Titolo: COMUNICAZIONE DI PRESA O CESSATO SERVIZIO DEI FARMACISTI COLLABORATORI</b> | Rev. N.º2 del<br>20/10/2025<br>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

- Circolare interna ASL ROMA 1, prot.n. 22316 del 09/02/2022;
- Decreto Legge n° 69/2013 art. 42;
- 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

|                                                                                   |                                                                                       |                                      |
|-----------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------|
|  | PROCEDURA GESTIONALE                                                                  | PG ADF 002                           |
|                                                                                   | <b>Titolo: COMUNICAZIONE DI PRESA O CESSATO SERVIZIO DEI FARMACISTI COLLABORATORI</b> | Rev. N.º2 del 20/10/2025<br>Pagina 3 |
|                                                                                   | UOSD VIGILANZA FARMACIE E PARAFARMACIE                                                |                                      |

## 5) MODALITÀ OPERATIVA

I legali rappresentanti degli esercizi farmaceutici compresi nella ASL Roma 1 sono tenuti a comunicare via mail ([vigilanza.farmacie@aslroma1.it](mailto:vigilanza.farmacie@aslroma1.it)) 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 Sostituta UOSD Vigilanza Farmacie e Parafarmacie:

Dott.ssa Paola Cocito

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

Tel: 06/60106798 cell.331-2698608 [paola.cocito@aslroma1.it](mailto:paola.cocito@aslroma1.it)

Dirigente Farmacista UOSD Vigilanza Farmacie e Parafarmacie:

Dott. Orazio Bono

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

Tel: 06/60106771 cell.349-3593162 [orazio.bono@aslroma1.it](mailto:orazio.bono@aslroma1.it)

Amministrativi:

Sig. Michele Faita

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

Tel: 06/68356755 cell.366-6620378 [michele.faita@aslroma1.it](mailto:michele.faita@aslroma1.it)

## 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  
**vigilanza.farmacie@aslroma1.it**

### **Oggetto: comunicazione personale laureato**

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

Allego alla presente comunicazione:

- autocertificazione iscrizione Ordine dei Farmacisti 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.....