



#### **Procedimento**

Comunicazione per l'esercizio dell'attività di farmacia - CESSAZIONE dell'attività e contestuale RINUNCIA ALLA TITOLARITÀ della sede farmaceutica

#### **Breve descrizione e riferimenti normativi utili**

Il titolare dell'impresa individuale o il legale rappresentante della società titolare della farmacia, che intenda rinunciare alla titolarità della sede farmaceutica, ne dà comunicazione utilizzando il modulo sul Portale di Accesso Unitario regionale. ■■Regio decreto 27 luglio 1934, n. 1265, L. 08 novembre 1991, n. 362; L. 04 agosto 2017 n.124; L.R. 03 marzo 2016, n.2, L. 24 marzo 2012, n. 27, art. 11, L. 2 aprile 1968, n.475 D.P.R.21 agosto 1971, n. 127.

#### **Articolazione**

DIPARTIMENTO FARMACEUTICO INTERAZIENDALE

#### **Unità operativa**

UOC Assistenza Farmaceutica Territoriale 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**

Sul Portale di Accesso Unitario regionale è disponibile il modulo "Comunicazione per l'esercizio dell'attività di farmacia - CESSAZIONE dell'attività e contestuale RINUNCIA ALLA TITOLARITÀ della sede farmaceutica".■■Vedasi il Link - <https://au.lepida.it/suaper-fe/#/Wizard/step2> - disponibile in fondo alla 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■■PEC: [farmaceutica.territoriale@pec.ausl.bologna.it](mailto:farmaceutica.territoriale@pec.ausl.bologna.it) Mail: [servizio.farmaceutico@ausl.bologna.it](mailto: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**

15 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