



## **Procedimento**

Erogazione indennità di residenza alle Farmacie Rurali

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

Il Titolare/Direttore della Farmacia Rurale avente i requisiti richiesti dalla Legge, entro il 31 marzo di ogni anno pari presenta alla Azienda USL apposita istanza in bollo. Il servizio farmaceutico, ai sensi dell'art. 15 L.183/2011, richiede al Comune di riferimento la certificazione dei requisiti necessari alla erogazione della indennità per le farmacie che ne hanno fatto richiesta e calcola l'ammontare. Il servizio farmaceutico adotta il provvedimento e comunica al Sindaco del Comune interessato l'importo della quota a suo carico da erogare alle farmacie entro il 31 ottobre di ogni anno. ■■Art. 28 L. 221/1968; 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**

Modulo Richiesta Indennità di residenza

### **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 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

### **Possibilità 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