



#### **Procedimento**

SCIA per la variazione di superficie (ampliamento/riduzione) e/o del layout dei locali della farmacia

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

Il titolare dell'impresa individuale o il legale rappresentante della società titolare della farmacia, utilizzando il modulo sul Portale di Accesso Unitario regionale, comunica la variazione di superficie, dichiara che le modifiche apportate non influiscono sul rispetto delle norme vigenti in materia di distanza della farmacia e allega la planimetria catastale dei locali con layout degli arredi e delle attrezzature. ■■L. 2 aprile 1968, n.475; D.P.R.21 agosto 1971, n. 127; Art. 11 L. 24 marzo 2012, n. 27; D. Lgs. 28 gennaio 2016, n. 15; L. 8 novembre 1991, n.362; L.R. 3 marzo 2016, n. 2.

#### **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: "SCIA per la variazione di superficie (ampliamento/riduzione) e/o del layout dei locali della Farmacia".■■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