

<b>Procedura aziendale per la comunicazione di inizio o cessato servizio dei farmacisti collaboratori</b>	<b>Procedura n. /2023 Rev. 00 /12/2023</b>
---	--

<b>REDATTO</b>	<b>VERIFICATO</b>	<b>APPROVATO</b>
<i>Dott.ssa Alessandra Iadecola</i> Dirigente Farmacista UOC Farmacia <i>F.to</i>	<i>Dott. Ferrante Fulvio</i> Direttore UOC Farmacia <i>F.to</i>	<i>Dott. Luca Casertano</i> Direttore Sanitario Aziendale <i>F.to</i>
<i>Dott.ssa Sabrina Crescenzi</i> Dirigente Farmacista UOC Farmacia <i>F.to</i>	<i>Dott. Carlo Baldesi</i> Responsabile Aziendale Unità Privacy DPO <i>F.to</i>	<i>Dott.ssa Eleonora Di Giulio</i> Direttore Amministrativo Aziendale <i>F.to</i>
<i>Dott.ssa Loretta Conflitti</i> Dirigente Farmacista UOC Farmacia <i>F.to</i>		
<i>Dott.ssa Angelica Sonia Cosi</i> Collaboratore Amministrativo UOC Farmacia <i>F.to</i>		

**INDICE:**

1. Scopo e Campo di applicazione	Pag. 2/11
2. Riferimenti Normativi e Bibliografici	Pag. 2/11
3. Definizioni e abbreviazioni	Pag. 2/11
4. Modalità operative	Pag. 2/11
5. Documentazione da presentare	Pag. 3/11
6. Termini di presentazione della comunicazione	Pag. 3/11
7. Sanzioni	Pag. 3/11
8. Archiviazione	Pag. 3/11
9. Referenti	Pag. 4/11
10. Matrice delle responsabilità	Pag. 4/11
Allegati	

## 1. SCOPO E CAMPO DI APPLICAZIONE

La presente procedura si applica e fornisce la modulistica necessaria atta alla comunicazione di presa servizio o cessato servizio dei farmacisti collaboratori delle farmacie.

L'articolo 12 del DPR 1275/71 prevede che il Titolare o il Rappresentante Legale della Farmacia debba comunicare alla ASL competente per territorio la data di assunzione e di cessazione dal servizio del personale laureato di cui inizia a valersi o ha cessato di valersi la Farmacia.

## 2. RIFERIMENTI NORMATIVI e BIBLIOGRAFICI

- Regio Decreto del 27/07/1934, n. 1265, *Testo Unico delle Leggi Sanitarie*;
- Regio Decreto 30 settembre 1938, n. 1706, art. 32, *“Approvazione del regolamento per il servizio farmaceutico”*;
- Legge 2 aprile 1968, n. 475, *Norme concernenti il servizio farmaceutico*;
- D.P.R. 21 agosto 1971, n. 1275, art. 12, *“Regolamento per l’esecuzione della legge 2 aprile 1968, n. 475, recante norme concernenti il servizio farmaceutico”*;
- Legge 22 dicembre 1984, n. 892, art. 6, *“Norme concernenti la gestione provvisoria e modificazioni delle leggi 2 aprile 1968, n. 475 e 28 febbraio 1981, n. 34”*;
- Decreto del Presidente della Repubblica 28 dicembre 2000, n. 445, artt. 46 e 47, *“Testo unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa”*;
- Legge 12 novembre 2011, n. 183, art. 15, *“Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (Legge di stabilità 2012)”*;
- Decreto legge 21 giugno 2013, n. 69, art. 42, *“Disposizioni urgenti per il rilancio dell’economia”*;
- Regolamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo e del Consiglio del 27 aprile 2016;
- D.Lgs. n. 196/2003;
- D.Lgs. n. 101/2018;
- D.P.R. n. 184/2006.

## 3. DEFINIZIONI E ABBREVIAZIONI

TULS: Testo Unico Leggi Sanitarie

UOC: Unità Operativa Complessa

ASL: Azienda Sanitaria Locale

D.P.R.: Decreto Presidente della Repubblica

PEC: Posta Elettronica Certificata

R.D.: Regio Decreto

## 4. MODALITÀ OPERATIVE

- Le date di inizio o cessato servizio dei farmacisti collaboratori devono essere comunicate tempestivamente da parte del Titolare o Rappresentante Legale, se trattasi di società, all’Azienda ASL Frosinone – UOC Farmacia, a mezzo pec agli indirizzi [protocollo@pec.aslfrosinone.it](mailto:protocollo@pec.aslfrosinone.it) e [farmaconv@pec.aslfrosinone.it](mailto:farmaconv@pec.aslfrosinone.it), e per conoscenza all’Ordine dei Farmacisti, mediante l’invio dell’**Allegato 1** (data di assunzione) o dell’**Allegato 2** (data di cessazione del servizio), corredati dei documenti elencati al punto 5 della presente procedura.

**ASL FROSINONE**  
Via A. Fabi snc  
03100 Frosinone

Tel. 0775.8821  
[www.asl.fr.it](http://www.asl.fr.it)  
p.iva 01886690609

**UOC FARMACIA**  
Direttore: Dott. Fulvio Ferrante  
e-mail: [uocfarmacia@aslfrosinone.it](mailto:uocfarmacia@aslfrosinone.it)  
e-mail pec: [farmamonitor@pec.aslfrosinone.it](mailto:farmamonitor@pec.aslfrosinone.it)  
tel: 0775 8822306

- Il Dirigente Farmacista preposto, acquisita la comunicazione di cui sopra (**Allegato 1** o **Allegato 2**), controlla tutta la documentazione e richiede eventuali documenti mancanti.
- Il Dirigente Farmacista preposto trascrive in appositi fascicoli tenuti presso la UOC Farmacia – Azienda ASL di Frosinone, per l’aggiornamento dello stato di servizio dei farmacisti collaboratori.

## 5. DOCUMENTAZIONE DA PRESENTARE

Il richiedente (Titolare/Rappresentante Legale) invia la comunicazione di inizio o cessato con la seguente documentazione, allegata nell’ordine che segue:

1. Certificato di iscrizione all’Ordine dei Farmacisti o “*Autocertificazione possesso titoli per esercizio professionale farmacista*” (**Allegato 3**) del farmacista collaboratore;
2. “*Informativa/Consenso sul trattamento dei dati personali*” del farmacista collaboratore (**Allegato 4**);
3. Copia fotostatica del documento di riconoscimento e del codice fiscale del farmacista collaboratore.

## 6. TERMINI DI PRESENTAZIONE DELLA COMUNICAZIONE

Il Titolare/Rappresentante Legale invia le comunicazioni di cui sopra contestualmente all’inizio o alla cessazione del servizio.

## 7. SANZIONI

L’omessa comunicazione di inizio o cessato servizio dei farmacisti collaboratori, ai sensi dell’art. 32 del R.D. n. 1706/1938, come sostituito dall’art. 12 del D.P.R. n. 1275/1971 comporta un’ammenda da € 1.549,37 fino a € 9.296,22, salvo che il fatto costituisca reato (art. 58 comma 2, R.D. n. 1265/1934, come modificato dall’art. 16 del D.Lgs. n. 196/1999).

## 8. ARCHIVIAZIONE

Le comunicazioni di inizio o cessato servizio vengono trascritte in appositi fascicoli tenuti presso la UOC Farmacia – Azienda ASL Frosinone, per l’aggiornamento dello stato di servizio dei farmacisti dipendenti ed archiviate e conservate nel fascicolo relativo alla sede farmaceutica.

## 9. REFERENTI

Direttore UOC Farmacia:

Dott. Fulvio Ferrante

Tel: 0775/8822304 mail: [uocfarmacia@aslfrosinone.it](mailto:uocfarmacia@aslfrosinone.it)

Dirigente Farmacista UOC Farmacia:

Dott.ssa Sabrina Crescenzi

Tel: 0775/8822303 mail: [sabrina.crescenzi@aslfrosinone.it](mailto:sabrina.crescenzi@aslfrosinone.it)

Dirigente Farmacista UOC Farmacia:

Dott.ssa Alessandra Iadecola

Tel: 0775/8822458 mail: [alessandra.iadecola@aslfrosinone.it](mailto:alessandra.iadecola@aslfrosinone.it)

Dirigente Farmacista UOC Farmacia:

Dott.ssa Loretta Conflitti

Tel: 0776/8294210 mail: [loretta.conflitti@aslfrosinone.it](mailto:loretta.conflitti@aslfrosinone.it)

Collaboratore Amministrativo UOC Farmacia:

Dott.ssa Angelica Sonia Cosi

Tel: 0776/8222476 mail: [angelica.cosi@aslfrosinone.it](mailto:angelica.cosi@aslfrosinone.it)

## 10. MATRICE DELLE RESPONSABILITA'

ATTIVITA'	DIRIGENTE FARMACISTA UOC FARMACIA	PERSONALE AMMINISTRATIVO
Acquisizione documentazione	A	R
Controllo e richiesta integrazioni documentazione	A	R
Trascrizione dei dati nei fascicoli	A	R
Archiviazione	A	R

# ALLEGATI

1. Comunicazione assunzione farmacista collaboratore ai sensi dell'art. 12 D.P.R. 1275/71 e s.m.i. (**Allegato 1**);
2. Comunicazione di cessazione rapporto di lavoro collaboratore ai sensi dell'art. 12 D.P.R. 1275/71 e s.m.i. (**Allegato 2**);
3. Autocertificazione possesso titoli per esercizio professionale farmacista (**Allegato 3**);
4. Informativa/consenso sul trattamento dei dati personali (**Allegato 4**).

**ALLEGATO 1**

Spett.le Azienda ASL di Frosinone  
U.O.C. Farmacia  
Via A. Fabi snc 03100 Frosinone  
Pec: [farmaconv@pec.aslfrosinone.it](mailto:farmaconv@pec.aslfrosinone.it)  
[protocollo@pec.aslfrosinone.it](mailto:protocollo@pec.aslfrosinone.it)

e p.c. all'Ordine dei Farmacisti della Provincia di Frosinone  
Pec: [ordinefarmacistifr@pec.fofi.it](mailto:ordinefarmacistifr@pec.fofi.it)

**COMUNICAZIONE ASSUNZIONE FARMACISTA COLLABORATORE AI SENSI DELL'ART. 12 D.P.R. 1275/71 e s.m.i.**

Il sottoscritto Dr. \_\_\_\_\_ in qualità di Titolare/Rappresentante Legale  
della Farmacia \_\_\_\_\_ sita in \_\_\_\_\_  
Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

**COMUNICA**

con la presente di assumere a partire dal \_\_\_\_\_ in qualità di

- Collaboratore tempo pieno    ↑
- Collaboratore part-time        ↑
- Apprendista collaboratore    ↑
- Libero professionista
- Praticante                    ↑

il/la Dr./Dr.ssa \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Iscritto/a all'Ordine dei Farmacisti della provincia di \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_ al n. \_\_\_\_\_

con contratto \_\_\_\_\_ per n. \_\_\_\_\_ ore settimanali.

Il sottoscritto Titolare/Rappresentante Legale della Farmacia sopra indicata si impegna ad indicare tempestivamente a Codesti Spettabili Uffici ogni variazione/cessazione di collaborazione.

In fede,

Luogo e data

Timbro e Firma

**ASL FROSINONE**  
Via A. Fabi snc  
03100 Frosinone

Tel. 0775.8821  
www.asl.fr.it  
p.iva 01886690609

**UOC FARMACIA**  
Direttore: Dott. Fulvio Ferrante  
e-mail: [uocfarmacia@aslfrosinone.it](mailto:uocfarmacia@aslfrosinone.it)  
e-mail pec: [farmamonitor@pec.aslfrosinone.it](mailto:farmamonitor@pec.aslfrosinone.it)  
tel: 0775 8822306



**ALLEGATO 2**

Spett.le Azienda ASL di Frosinone  
U.O.C. Farmacia  
Via A. Fabi snc 03100 Frosinone  
Pec: [farmaconv@pec.aslfrosinone.it](mailto:farmaconv@pec.aslfrosinone.it)  
[protocollo@pec.aslfrosinone.it](mailto:protocollo@pec.aslfrosinone.it)

e p.c. all'Ordine dei Farmacisti della Provincia di Frosinone  
Pec: [ordinefarmacistifr@pec.fofi.it](mailto:ordinefarmacistifr@pec.fofi.it)

**COMUNICAZIONE DI CESSAZIONE RAPPORTO DI LAVORO COLLABORATORE AI SENSI DELL'ART. 12  
D.P.R. 1275/71 e s.m.i.**

Il sottoscritto Dr. \_\_\_\_\_ in qualità di Titolare/Rappresentante Legale  
della Farmacia \_\_\_\_\_ sita in \_\_\_\_\_  
Via \_\_\_\_\_

**COMUNICA**

con la presente che il/la Dr./Dr.ssa \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_  
il \_\_\_\_\_ da me assunto in qualità di Farmacista collaboratore in data \_\_\_\_\_  
Iscritto/a all'Ordine dei Farmacisti della provincia di \_\_\_\_\_  
al n° \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_ non presta più servizio presso questa Farmacia dal giorno \_\_\_\_\_.

In fede,

Luogo e data

\_\_\_\_\_

Timbro e Firma

\_\_\_\_\_

**ALLEGATO 3**

**AUTOCERTIFICAZIONE POSSESSO TITOLI PER ESERCIZIO PROFESSIONALE FARMACISTA**  
**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE**  
 (art. 46 D.P.R. 28.12.2000 n. 445)

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
 nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_, residente in  
 \_\_\_\_\_ Via/Piazza  
 \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
 codice fiscale \_\_\_\_\_ documento n° \_\_\_\_\_ rilasciato da  
 \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_  
 PEC \_\_\_\_\_,

- consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art. 76 del DPR 445/2000 e s.m.i. in caso di dichiarazioni mendaci, falsità in atti, uso o esibizione di atti falsi; consapevole, inoltre, della decadenza dai benefici eventualmente conseguiti al provvedimento emanato sulla base di dichiarazioni non veritiere, di cui all'art. 75 del DPR 445/2000;
- ai sensi e per gli effetti dell'art. 47 del citato DPR 445/2000;
- sotto la propria responsabilità

**DICHIARA**

- di essere in possesso della Laurea in \_\_\_\_\_  
 conseguita presso l'Università di \_\_\_\_\_  
 in data \_\_\_\_\_;
- di essere abilitato all'esercizio della Professione di \_\_\_\_\_  
 avendo superato l'Esame di Stato presso l'Università di \_\_\_\_\_  
 nell'anno \_\_\_\_\_;
- di essere iscritto all'Albo Provinciale dell'Ordine dei Farmacisti di \_\_\_\_\_  
 dal \_\_\_\_\_ al n. \_\_\_\_\_;

**Si allega copia fotostatica del documento di identità in corso di validità e del codice fiscale**

In fede,

Luogo e data

Firma

## ALLEGATO 4

## INFORMATIVA/CONSENSO SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Il Reg. UE n. 2016/679 del 27/04/2016 stabilisce norme relative alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali. Pertanto, come previsto dall'art. 13 del Regolamento, si forniscono le seguenti informazioni:

**Titolare del Trattamento:** ASL di Frosinone, con sede in Frosinone, Via A. Fabi snc, CAP 03100, Cod. Fisc./P.Iva n. 01886690609, e-mail [protocollo@aslfrosinone.it](mailto:protocollo@aslfrosinone.it), in persona del Direttore Generale e legale rappresentante.

Quale soggetto interessato potrà rivolgersi per far valere i Suoi diritti tramite l'ufficio URP sito in Frosinone – via A. Fabi s.n.c.o direttamente all'indirizzo email: [urp@aslfrosinone.it](mailto:urp@aslfrosinone.it), o, in alternativa, indirizzare comunicazioni e/o richieste all'indirizzo [protocollo@pec.aslfrosinone.it](mailto:protocollo@pec.aslfrosinone.it).

**Responsabile del trattamento:** Funzionario responsabile del procedimento e dirigente.

**Il Responsabile della Protezione dei dati personali (DPO)** è indicato nell'apposita sezione del sito aziendale ed è contattabile al numero di telefono 0775.2072610, all'indirizzo email [dpo@aslfrosinone.it](mailto:dpo@aslfrosinone.it)–indirizzo PEC [dpo@pec.aslfrosinone.it](mailto:dpo@pec.aslfrosinone.it)

**Finalità del trattamento.** Il trattamento dei dati è necessario per l'esecuzione di un compito di interesse pubblico o connesso all'esercizio di pubblici poteri di cui è investito il titolare del trattamento.

I dati personali saranno utilizzati dal titolare del trattamento nell'ambito del procedimento per il quale la dichiarazione viene resa.

**Modalità del trattamento.** I dati saranno trattati da persone autorizzate, con strumenti cartacei e informatici, ivi compresa la creazione di archivi web, spedizioni tramite posta, fax ed e-mail di comunicazione.

**Destinatari dei dati.** I dati potranno essere comunicati a terzi nei casi previsti dalla L. 7/08/1990 n. 241 (Nuove norme in materia di procedimento amministrativo e di diritto di accesso ai documenti amministrativi), ove applicabile, e in caso di controlli sulla veridicità delle dichiarazioni (art. 71 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445 "Testo unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa), organi di controllo e Aziende Sanitarie.

**Profilazione.** In nessun caso verrà effettuata qualsivoglia forma di trattamento automatizzato dei Dati personali per ottenere informazioni relative alle Sue preferenze personali, alle inclinazioni sessuali, ai comportamenti, alla situazione economica ed all'ubicazione.

**Natura del Conferimento Dei Dati** Il conferimento dei dati è OBBLIGATORIO; il rifiuto comporterà l'impossibilità da parte dell'ASL Frosinone di procedere alla valutazione della sussistenza dei requisiti finalizzati ad ottenere quanto in oggetto alla domanda.

**Diritti:** L'interessato può in ogni momento esercitare i diritti di accesso e di rettifica dei dati personali, nonché ha il diritto di presentare reclamo al Garante per la protezione dei dati personali. Ha, inoltre, il diritto alla cancellazione dei dati e alla limitazione al loro trattamento nei casi previsti dal regolamento.

Per esercitare tali diritti tutte le richieste devono essere rivolte all'ASL di Frosinone.

**Periodo di conservazione dei dati.** I dati personali saranno conservati per un periodo non superiore a quello necessario per il perseguimento delle finalità sopra menzionate o comunque non superiore a quello imposto dalla legge per la conservazione dell'atto o del documento che li contiene.

Il/La sottoscritt \_\_\_\_\_ nat \_\_\_ a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ il  
 \_\_\_\_\_ Codice Fiscale \_\_\_\_\_  
 residente in \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
 Tel \_\_\_\_\_ Cell. \_\_\_\_\_  
 mail \_\_\_\_\_ in qualità di

- Rappresentante Legale
- Socio
- Titolare
- Direttore Tecnico
- Gestore provvisorio
- Collaboratore

della Farmacia \_\_\_\_\_ avente la sede  
in \_\_\_\_\_ prov \_\_\_\_\_ indirizzo  
\_\_\_\_\_

dichiara di aver letto l'informativa sul trattamento dei dati personali (barrare la casella);

- AUTORIZZA**  
 **NON AUTORIZZA**

ai fini del D.Lgs. 193/2003, coordinato con il D.Lgs 101/2018, il trattamento, il trasferimento e la comunicazione dei dati riportati nella presente istanza ai fini degli adempimenti previsti per il provvedimento in oggetto e, in particolare, per il trattamento di eventuali dati sensibili.

In fede,

\_\_\_\_\_, li \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Firma

\_\_\_\_\_

**Validato dal Responsabile Aziendale Unità Privacy - DPO Dott. Carlo Baldesi**

**ASL FROSINONE**  
Via A. Fabi snc  
03100 Frosinone

Tel. 0775.8821  
www.asl.fr.it  
p.iva 01886690609

**UOC FARMACIA**  
Direttore: Dott. Fulvio Ferrante  
e-mail: [uocfarmacia@aslfrosinone.it](mailto:uocfarmacia@aslfrosinone.it)  
e-mail pec: [farmamonitor@pec.aslfrosinone.it](mailto:farmamonitor@pec.aslfrosinone.it)  
tel: 0775 8822306