

SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN DE NOMBRAMIENTO DE FARMACÉUTICO ADJUNTO

EXPEDIENTE: _____
(Reservado Administración)

Solicitante

Nombre.	Primer apellido.	Segundo apellido.	D.N.I.

Representado por

Nombre.	Primer apellido.	Segundo apellido.	D.N.I.

Domicilio a efectos de notificaciones

Vía:	Núm.:	Planta:	Puerta:
C. P.:	Localidad:		Provincia:
Correo electrónico:		Teléfono móvil:	

Ubicación de la oficina de farmacia

Vía:	Núm.:
C. P.:	Localidad: Provincia:

Carácter del nombramiento

<input type="checkbox"/> Voluntario	<input type="checkbox"/> Obligatorio
-------------------------------------	--------------------------------------

Farmacéutico adjunto

Nombre.	Primer apellido.	Segundo apellido.	D.N.I.

DOCUMENTACIÓN QUE ACOMPAÑA: (señalar con X).

- Documentación acreditativa de la representación, en su caso.
- Documentación que justifique la causa de la designación del farmacéutico adjunto con carácter obligatorio:
 - Titular o cotitular mayor de 65 años y que continúe al frente de la oficina de farmacia.
 - Volumen de actividad.
 - Número de botiquines y/o depósitos de medicamentos vinculados.

Documentación relativa al farmacéutico adjunto:

- Certificado que acredite la colegiación o compromiso de colegiarse acompañado, en este caso, del título de Licenciado en Farmacia o justificación de la posesión del mismo.
- Declaración responsable del farmacéutico adjunto de que no está incurso en ninguna causa de incompatibilidad recogida en la legislación vigente.
- Contrato de trabajo.

Documentación justificativa que obra en poder de la Consejería de Sanidad desde hace menos de cinco años:

Documento.	Número de identificación del expediente, archivo o dirección electrónica que lo contiene.

Los documentos deben ser originales o copias debidamente compulsadas, excepto cuando el procedimiento pueda iniciarse telemáticamente, cuando la Administración pueda comprobarlos por técnicas telemáticas o cuando la documentación justificativa obre en poder de la Consejería de Sanidad desde hace menos de cinco años, en cuyo caso el interesado deberá hacer constar el archivo, base de datos o fondo documental donde aparece.

Autoriza a la Administración de la Comunidad de Castilla y León para obtener directamente y/o por medios telemáticos la información contenida en los documentos D. N. I. / C. I. F.: (señalar con X).

SI NO

En el caso de haber marcado la opción NO, se deberán aportar los correspondientes documentos acreditativos.

SOLICITO

Autorización para nombrar acomo farmacéutico adjunto.

En _____ a ____ de _____ de _____

Firma.

En cumplimiento del REGLAMENTO (UE) 2016/679 (RGPD) los datos personales contenidos en este formulario y en la documentación adjunta serán tratados con el fin de tramitar su solicitud; el responsable del tratamiento es la Dirección General de Salud Pública ante la que puede ejercer los derechos establecidos en los art. 15 a 22 del RGPD. Puede consultar la información adicional sobre el tratamiento de sus datos accediendo al [Portal de Transparencia](#)

Para cualquier consulta relacionada con la materia o sugerencia para mejorar este formulario electrónico, puede dirigirse al teléfono de información administrativa 012(983 327 850)

SERVICIO TERRITORIAL DE SANIDAD DE