SK7E

**DESIGNACIÓN DE NUEVO LOCAL O SOLICITUD DE VISITA DE INSPECCIÓN EN EL PROCEDIMIENTO 010051, TRAMITE SJUR, DE AUTORIZACIÓN DE FUNCIONAMIENTO DE BOTIQUÍN**

Código SIACI

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **DATOS DEL TITULAR DE LA OFICINA DE FARMACIA** | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | |
| NIF  Pasaporte/NIE  Número de documento: | | | | | | |  | | | | | | |  |
|  | | | | | | | | | | | | | | |
| Nombre: |  | | 1º Apellido: | | |  | | | | 2º Apellido: | | |  |  |
| Hombre  Mujer | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | |
| Domicilio: |  | | | | | | | | | | | | |  |
|  | | | | | | | | | | | | | | |
| Población: |  | | C.P.: |  | | | | | Provincia: | |  | | |  |
|  | | | | | | | | | | | | | | |
| Teléfono: |  | Teléfono móvil: | | |  | | | Correo electrónico: | | | |  | |  |
|  | | | | | | | | | | | | | | |
| **El correo electrónico designado será el medio por el que desea recibir el aviso de notificación.** | | | | | | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **DATOS DE LA PERSONA REPRESENTANTE** | | | | | | | | | | | | | |
| **En caso de cotitularidad se debe designar una persona representante, pudiendo ser uno de los cotitulares** | | | | | | | | | | | | | |
| NIF  Pasaporte/NIE  Número de documento: | | | | | | |  | | | | | |  |
|  | | | | | | | | | | | | | |
| Nombre: |  | | 1º Apellido: | | |  | | | 2º Apellido: | | |  |  |
| Hombre  Mujer | | | | | | | | | | | | | |
| Domicilio: |  | | | | | | | | | | | |  |
|  | | | | | | | | | | | | | |
| Población: |  | | C.P.: |  | | | | Provincia: | |  | | |  |
|  | | | | | | | | | | | | | |
| Teléfono: |  | Teléfono móvil: | | |  | | | Correo electrónico: | | |  | |  |
|  | | | | | | | | | | | | | |
| **Si existe representante, las comunicaciones que deriven de este escrito se realizarán con el representante designado por el interesado.** | | | | | | | | | | | | | |

|  |  |
| --- | --- |
| **INFORMACIÓN BÁSICA DE PROTECCIÓN DE DATOS** | |
| **Responsable** | *Dirección General de Planificación, Ordenación e Inspección Sanitaria.* |
| **Finalidad** | *Gestionar el Registro de Centros, Servicios y Establecimientos Sanitarios.* |
| **Legitimación** | *Ejercicio de poderes públicos (Ley 5/2005, de 27 de junio, de Ordenación del Servicio Farmacéutico de Castilla-La Mancha).* |
| **Destinatarios** | *Existe cesión de datos.* |
| **Derechos** | *Puede ejercer los derechos de acceso, rectificación o supresión de sus datos, así como otros derechos, tal y como se explica en la información adicional.* |
| **Información adicional** | *Disponible en la dirección electrónica:* [**https://www.castillalamancha.es/protecciondedatos**](https://www.castillalamancha.es/protecciondedatos) |

|  |
| --- |
| **DATOS DE SOLICITUD** |
| **ASUNTO**: Autorización de funcionamiento de botiquín. |
| **SOLICITA**:  Que se tenga por designado un nuevo local para la autorización de funcionamiento de un botiquín (en caso de que el local designado anteriormente no reuniese las condiciones exigidas o su ubicación se considerase no idónea).  Nueva ubicación del local donde se pretende instalar el botiquín:   |  | | --- | |  |   Domicilio:   |  | | --- | |  |   Núcleo de población:   |  | | --- | |  |   Municipio:   |  | | --- | |  |   Provincia:     |  | | --- | |  |   Zona farmacéutica:    Que se realice visita de inspección para la autorización de funcionamiento de un botiquín. |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **DATOS DE LA OFICINA DE FARMACIA** | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | |
| Dirección: | | |  | | | | | | | | | | |  |
|  | | | | | | | | | | | | | | |
| Núcleo de población: | |  | | | | C.P.: | |  | | Provincia: | |  | |  |
|  | | | | | | | | | | | | | | |
| Teléfono: |  | | | Teléfono móvil: | | |  | | Correo electrónico: | | | |  |  |
|  | | | | | | | | | | | | | | |
| Número de oficina de farmacia | | | | |  | | | | | |  | | | |
| (AA-XXXX-F/AA-XXX-F): | | | | | | | | | | | | | | |

|  |
| --- |
| **ACREDITACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE LOS REQUISITOS** |
| **Declaraciones responsables:**  La persona abajo firmante, en su propio nombre o en representación de persona interesada o entidad que se indica, declara que todos los datos consignados son veraces, declarando expresamente que:  - Cumple los requisitos exigidos que figuran en el Decreto 11/2019, de 18 de marzo, de planificación farmacéutica y requisitos, personal y autorizaciones de las oficinas de farmacia y botiquines y se compromete a seguir cumpliéndolos mientras se mantenga la actividad.  **Que son ciertos los datos consignados en la presente solicitud**, comprometiéndose a probar documentalmente los mismos cuando se le requiera para ello.  Igualmente la persona abajo firmante declara conocer que en el caso de falsedad en los datos y/o en la documentación aportados u ocultamiento de información, de la que pueda deducirse intención de engaño en beneficio propio o ajeno, podrá ser excluida de este procedimiento, ser objeto de sanción y, en su caso, los hechos se pondrán en conocimiento del Ministerio Fiscal por si pudieran ser constitutivos de un ilícito penal.  **Autorizaciones:**  Con la presentación de esta solicitud, y de acuerdo con el artículo 28 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas, la Consejería podrá consultar o recabar documentos elaborados por cualquier Administración salvo que conste en el procedimiento su oposición expresa.  En particular, se recabarán los siguientes datos, salvo que marque expresamente:  Me opongo a la consulta de datos de identidad.  Me opongo a la consulta de residencia.  Otros:   |  | | --- | |  | |  |   Asimismo, podrá indicar los documentos aportados anteriormente ante cualquier Administración señalando la fecha de presentación y unidad administrativa, y serán consultados por la Consejería:   |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | Documento: |  | presentado con fecha: |  | ante la unidad: |  | de la Administración: |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | Documento: |  | presentado con fecha: |  | ante la unidad: |  | de la Administración: |  |   En el supuesto de que no autorice a esta Consejería a consultar alguno de los anteriores documentos, señale expresamente:   |  | | --- | |  | |  |   **En el caso de no autorizar la comprobación de los datos anteriores, se compromete a aportar la documentación pertinente.**  **Además de la información antes descrita, declara aportar los siguientes documentos:**  Poder de representación, en su caso.  En caso de designación de nuevo local:  Justificación documental de la disponibilidad jurídica del local.  Plano de situación en el que se señale con exactitud el emplazamiento del local.  Plano del local realizado por técnico competente con indicación de la superficie útil de que se dispone, el detalle  de la distribución y las características de los accesos desde la vía pública.  Otros documentos:   |  | | --- | |  | |  | |

|  |
| --- |
| **PAGO DE TASAS** |
| Este trámite no conlleva tasa. |

Firma

**Delegaciones Provinciales de la Consejería de Sanidad:**

ALBACETE. Código. DIR 3: A08027354

CIUDAD REAL. Código. DIR 3: A08027355

CUENCA. Código. DIR 3: A08027356

GUADALAJARA. Código. DIR 3: A08027357

TOLEDO. Código. DIR 3: A08027358

En       , a       de       de 20