ML4N

010600

**COMUNICACIÓN DE BÚSQUEDA DE FARMACÉUTICO ADJUNTO PARA LA OFICINA DE FARMACIA**

Nº Procedimiento

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.** |

|  |
| --- |
| **MEDIO POR EL QUE RECIBIRÁ LA NOTIFICACIÓN** |
| Notificación electrónica *(De acuerdo al artículo 14 de la Ley 39/2015, está obligado a la notificación electrónica, por tanto compruebe que está usted registrado en la Plataforma* [*https://notifica.jccm.es/notifica*](https://notifica.jccm.es/notifica) *y que sus datos son correctos.)* |

|  |
| --- |
| **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 LA COMUNICACIÓN** |
| **ASUNTO:** Comunicación de búsqueda de farmacéutico adjunto para la oficina de farmacia |
| **EXPONE**: Que, de acuerdo con el Decreto 11/2019, de 18 de marzo, debo contratar un farmacéutico adjunto y actualmente está vacante dicha plaza.A efectos de disponer de un plazo de dos meses para realizar la selección de personal y formalizar un contrato,**COMUNICO:**Que estoy buscando personas adecuadas para dicho empleo y para ello he formulado solicitud de empleo para el puesto y categoría de adjunto de farmacia, al menos en una oficina de empleo de Castilla-La Mancha.

|  |
| --- |
|       |

El período de dos meses podrá ser ampliado otros dos más por causa justificada y previa autorización de la Delegación Provincial. Con este fin:[ ]  ***COMUNICO*** la siguiente causa:  |
|  |

|  |
| --- |
| **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 del 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, así como a tener la documentación a disposición de la Delegación Provincial.[ ]  **Que son ciertos los datos consignados en la presente comunicación**, 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.[ ]  Solicitudes de empleo para el puesto y categoría de adjunto de oficina de farmacia.[ ]  Documentación acreditativa de la causa que justifique la ampliación del plazo, en su caso. [ ]  Otros documentos:

|  |
| --- |
|       |
|       |

 |

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

Firma

En       , a       de       de 20

**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