ML7S

010609

**COMUNICACIÓN DEL COLEGIO OFICIAL DE FARMACÉUTICOS SOBRE HORARIO SUPERIOR AL MÍNIMO OFICIAL DE OFICINAS DE FARMACIA O SOBRE SUSTITUTO EN CASO DE AUSENCIA POR VACACIONES**

Nº Procedimiento

Código SIACI

|  |
| --- |
| **DATOS DEL COLEGIO OFICIAL DE FARMACÉUTICOS** |
|

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Colegio Oficial de farmacéuticos de |       |  CIF  |       |

 |
|  |
|  |
|  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 y, en su caso, de pago.** |

|  |
| --- |
| **DATOS DE LA PERSONA REPRESENTANTE** |
|

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| NIF [ ]  | Pasaporte/NIE [ ]  |  Número de documento: |       |

 |
| Nombre: |       | 1º Apellido:  |       | 2º Apellido: |       |  |
| Hombre [ ]  Mujer [ ]  |
|  |
|

|  |  |
| --- | --- |
| Cargo |       |

 |
|  |
|  |
|  |
| 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 del Colegio Oficial de Farmacéuticos a la Delegación Provincial de Sanidad. |
| COMUNICA: Conforme al Decreto 23/2013, de 26 de abril, por el que se establecen los horarios de atención al público, servicios de urgencia y vacaciones de las oficinas de farmacia y botiquines de la Comunidad Autónoma de Castilla-La Mancha.[ ]  Establecimiento del horario superior al mínimo oficial de la oficina de farmacia. Deberá seleccionar una opción:[ ]  Módulo A: De lunes a viernes durante 12 horas, de forma que se cubra el servicio de urgencia diurno.[ ]  Módulo B: De lunes a sábado durante 12 horas, de forma que se cubra el servicio de urgencia diurno.[ ]  Módulo C: De lunes a domingo, todos los días del año, durante 12 horas, de forma que se cubra el servicio de urgencia diurno.[ ]  Módulo D: De lunes a domingo, todos los días del año, durante 24 horas.[ ]  Modificación o cese del horario superior al mínimo oficial. Horario:      [ ]  Nombramiento de sustituto en caso de ausencia por vacaciones.  Nombre del farmacéutico sustituto:       Período de sustitución :        |

|  |
| --- |
| **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: [ ]  **Que son ciertos los datos consignados en la presente comunicación**, comprometiéndose a probar documentalmente los mismos cuando se le requiera para ello.En caso de sustituto por vacaciones, [ ]  Que el sustituto propuesto está colegiado o se ha comprometido a colegiarse.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 expresamente 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. [ ]  Documentación acreditativa de la petición realizada por el farmacéutico interesado. -En caso de sustitución: [ ]  Copia de la titulación del sustituto en el caso de que se oponga a que la administración la verifique. [ ]  Declaración responsable del sustituto de no incurrir en ninguno de los supuestos de incompatibilidad del artículo 80 de la Ley 5/2005, de 27 de junio. [ ]  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: A080127358