SL4P

010601

**SOLICITUD DE INSTALACIÓN DE UN BOTIQUÍN POR AYUNTAMIENTOS**

Código SIACI

Nº Procedimiento

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **DATOS DEL AYUNTAMIENTO SOLICITANTE** | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | |
| Ayuntamiento 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.** | | | | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **DATOS DEL ALCALDE O 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 *(Al estar obligado a la notificación electrónica debe usted registrase en la Plataforma* [*https://notifica.jccm.es/notifica*](https://notifica.jccm.es/notifica) *y comprobar que sus datos son correctos No obstante, si el municipio está integrado en la Plataforma ORVE, la presentación de escritos, envío de documentación e intercambio de comunicaciones se realizará a través de dicho servicio electrónico.)* |

|  |  |
| --- | --- |
| **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**: Instalación de botiquín. |
| **SOLICITA**:  Que se inicie de oficio el procedimiento de instalación de un botiquín en:   |  | | --- | |  |     núcleo de población   |  | | --- | |  |     municipio   |  | | --- | |  |     provincia     |  | | --- | |  |   y zona farmacéutica  El botiquín solicitado tendrá carácter de:  Botiquín permanente.   |  | | --- | |  |   Botiquín de temporada (Plazo para el que se solicita el botiquín de temporada): |

|  |
| --- |
| **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.  Acuerdo del pleno del Ayuntamiento en el que se decide presentar la solicitud.  - Si el Ayuntamiento solicitante dispone de local para la instalación de botiquín:  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 dispone, el detalle de su distribución y las características de los accesos desde la vía pública.  - Si se solicita botiquín de temporada, además de la anterior:  Acreditación del incremento poblacional de temporada experimentado en el núcleo de población designado.    Otros documentos:   |  | | --- | |  | |  | |

|  |
| --- |
| **PAGO DE TASAS** |
| Este procedimiento 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