SJUP

010048

**COMUNICACIÓN RELATIVA A PERSONAL DE LA OFICINA DE FARMACIA (SUSTITUTOS, ADJUNTOS O TÉCNICOS DE FARMACIA O PARAFARMACIA).**

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: |       |  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:** Nombramiento o cese del personal en la oficina de farmacia. |
| **COMUNICA**: Nombramiento o cese del personal, para la supervisión por la Administración de la normativa vigente y su inscripción en el registro de personal: **\* En caso de sustitución por vacaciones se deberá comunicar a través del Colegio Oficial de Farmacéuticos mediante el formulario ML7S.** [ ]  **1.** **Nombramiento** |
|  [ ]  Farmacéutico adjunto:  |
| Nombre:  |       | 1º Apellido: |       | 2º Apellido: |       |  |
|  |
|  [ ]  Farmacéutico sustituto:  |
| Nombre: |       | 1º Apellido: |       | 2º Apellido: |       |  |
|  [ ]  Técnico en farmacia y parafarmacia:  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| Nombre:  |       | 1º Apellido: |       | 2º Apellido: |       |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  [ ]  **2. Cese** |
|  [ ]  Farmacéutico adjunto:  |
| Nombre:  |       | 1º Apellido: |       | 2º Apellido: |       |  |
|  |
|  [ ]  Farmacéutico sustituto:  |
| Nombre: |       | 1º Apellido: |       | 2º Apellido: |       |  |
|  [ ]  Técnico en farmacia y parafarmacia:  |
| Nombre:  |       | 1º Apellido: |       | 2º Apellido: |       |  |
|  |
| **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, 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. **En el caso de designación de sustituto**, también

|  |
| --- |
|       |

[ ]  Que la causa de sustitución es la siguiente**:** [ ]  El plazo previsto de sustitución**:**      Y quedispone de la documentación acreditativa de la misma.[ ]  Que el sustituto no incurre en ninguno de los supuestos de incompatibilidad del artículo 80 de la Ley 5/2005, de 27 de junio y que permanecerá durante el periodo de ausencia del titular. 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. [ ]  Documento-memoria en el que se indiquen los datos del personal contratado/cesado (artículo 15.2 del Decreto 11/2019, de 18 de marzo).[ ]  En el caso de designación de sustituto, declaración responsable del sustituto de que no incurre en ninguno de los supuestos de incompatibilidad del artículo 80 de la Ley 5/2005, de 27 de junio y que permanecerá durante el periodo de ausencia del titular. [ ]  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