**DECLARACIÓN DE LA PERSONA TRABAJADORA EN OFICINA DE FARMACIA**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **DATOS DE LA PERSONA TRABAJADORA** | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nombre: |  | | | | 1º Apellido: | | | |  | | | | | 2º Apellido: | |  |  |
| Hombre  Mujer | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| NIF  Pasaporte/NIE  Número de documento: | | | | | | | | | | | |  | | | | |  |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Domicilio: |  | | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Provincia: |  | | |  | C.P.: | |  | | |  | Población: | |  | | | |  |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Teléfono: |  |  | Teléfono móvil: | | | | |  | | | Correo 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) |

Declaro responsablemente no incurrir en las incompatibilidades que se describen en el artículo 80 de la Ley 5/2005 de Ordenación del Servicio Farmacéutico de Castilla-La Mancha, modificada por Ley 2/2015 de 19 de febrero, para el ejercicio profesional en la oficina de farmacia.

Consiento que la Administración sanitaria consulte mi titulación académica. En el caso de no consentir la verificación, autorizo a que el/la titular de la oficina de farmacia aporte una copia de mí título.

En       , a       de       de

Fdo.: El/La trabajador/a