**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