SJUV

010055

**PROPUESTA DEL COLEGIO OFICIAL DE FARMACÉUTICOS EN RELACIÓN AL HORARIO MÍNIMO OFICIAL Y SUS VARIACIONES, PROGRAMACIÓN DE SERVICIOS DE URGENCIA Y SU ORGANIZACIÓN CONJUNTA O TURNOS DE 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 PROPUESTA** |
| ASUNTO:Propuestas del Colegio Oficial de Farmacéuticos en relación al horario mínimo oficial y sus variaciones, programación servicios de urgencia y su organización conjunta o turnos de vacaciones. |
| PROPONE: 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 mínimo oficial de las oficinas de farmacia de una zona farmacéutica o de un núcleo  de población (artículo 2).  Variación del horario mínimo oficial:  Reducción del número de oficinas de farmacia abiertas en la jornada matinal del sábado, en un núcleo de población  con más de una oficina de farmacia (artículo 4.3)  Disminución en poblaciones de menos de 5000 habitantes o ampliación del horario mínimo oficial, siempre que  no suponga una reducción o ampliación superior al 20% del horario mínimo semanal ni superior al 4% en una  jornada (artículo 4.4).  Programación de servicios de urgencia de la provincia por núcleos de población o zonas farmacéuticas (artículo 6.4).  Organización conjunta de los servicios de urgencia de 2 o 3 zonas farmacéuticas (artículo 9.1).  Programación de los turnos de vacaciones (artículo 10.2 e)). |

|  |
| --- |
| **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 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 y se compromete a seguir cumpliéndolos mientras se mantenga la actividad.  **Que son ciertos los datos consignados**, 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 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.  Propuesta del horario mínimo oficial que será uniforme dentro de la misma zona farmacéutica o núcleo de población.  Propuesta de la reducción del número de oficinas de farmacia abiertas en la jornada matinal del sábado, en un núcleo de población con más de una oficina de farmacia.  Propuesta de disminución en poblaciones de menos de 5000 habitantes o ampliación del horario mínimo oficial,  siempre que no supere el 20% del horario mínimo oficial semanal ni el 4% en una jornada.  Propuesta de la programación de servicios de urgencia de la provincia por núcleos de población o zonas farmacéuticas.  Propuesta de la organización conjunta de los servicios de urgencia de 2 o 3 zonas farmacéuticas.  Propuesta de la programación de los turnos de vacaciones.  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