



Castilla-La Mancha

Consejería de Sanidad
Dirección General de Planificación,
Ordenación e Inspección Sanitaria.
Avda. de Francia, 4
45071 – Toledo

DECLARACIÓN DE LA PERSONA QUE EJERZA LA DIRECCIÓN TÉCNICA EN ENTIDADES DE DISTRIBUCIÓN DE MEDICAMENTOS DE USO HUMANO

DATOS DE LA PERSONA TRABAJADORA

Nombre*: 1º Apellido*: 2º Apellido*:

NIF NIE Número de documento*:

Domicilio:

Provincia: C.P.: Población:

Teléfono: Teléfono móvil: Correo electrónico:

INFORMACIÓN BÁSICA DE PROTECCIÓN DE DATOS

Responsable	<i>Dirección General de Planificación, Ordenación e Inspección Sanitaria</i>
Finalidad	<i>Gestionar el Catálogo de Entidades de Distribución de Medicamentos de Uso Humano</i>
Legitimación	<i>Ejercicio de poderes públicos (Ley 5/2005 de 27 de junio de Ordenación del Servicio Farmacéutico de Castilla-La Mancha)</i>
Destinatarios	<i>Existe cesión de datos</i>
Derechos	<i>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</i>
Información adicional	<i>Puede solicitarla en la dirección de correo: protecciondatos@jccm.es</i>

Declaro responsablemente no incurrir en incompatibilidades con el ejercicio de otras actividades sanitarias que supongan intereses directos con la dispensación o fabricación de medicamentos o que vayan en detrimento del adecuado cumplimiento de mis funciones de acuerdo a lo establecido en el R.D. Legislativo 1/2005 por el que se aprueba el texto refundido de la Ley de Garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios.

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

En _____, a _____ de _____ de _____

Fdo.: El/La trabajador/a