SJUL

010044

**SOLICITUD AUTORIZACIÓN DE MODIFICACIÓN DE OFICINA DE FARMACIA**

Código SIACI

Nº Procedimiento

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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: | | |  | | 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 SOLICITUD** |
| **ASUNTO**: Modificación de oficina de farmacia. |
| **SOLICITA**: La autorización administrativa de:  Modificación sin cierre temporal de la oficina de farmacia.  Modificación con cierre temporal de la oficina de farmacia.  La modificación conlleva la inclusión de nueva actividad en la oficina de farmacia:   |  |  | | --- | --- | | SI (especificar): |  |   NO |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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.   Cumple los requisitos exigidos por la normativa vigente para la nueva actividad solicitada, en su caso.  **Que son ciertos los datos consignados en la presente solicitud**, comprometiéndose a probar documentalmente los mismos cuando se le requieran 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 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:**  **1. Documentación común para todos los tipos de autorizaciones de modificación:**  Poder de representación, en su caso.  Justificación documental de título de propiedad o de disponibilidad jurídica del local, en caso de ampliación del mismo.  **2. Si la modificación conlleva cambios físicos en la estructura del local:**  Proyecto de obra redactado por técnico competente y visado, en su caso, por su correspondiente colegio profesional relativo al local que deberá contener:  - Memoria del proyecto que especifique el cumplimiento de la normativa de accesibilidad.  - Certificaciones del cumplimiento de la normativa en materia de urbanismo, construcciones, instalaciones y seguridad.  - Plano de conjunto y detalle especificando las diferentes zonas de que consta la oficina de farmacia.  - Planos de instalaciones. |
| **3. Si no hay modificaciones en la estructura del local:**  Memoria del proyecto que debe contener:  - Plano de conjunto y detalle especificando las diferentes zonas de que consta la oficina de farmacia.  - Planos de instalaciones.  **4. Si la modificación del local afecta a los accesos al público:**  Plano realizado por técnico competente y visado, si procede, por el colegio profesional correspondiente en el que se señalen las distancias respecto a las oficinas de farmacia más próximas y a los centros sanitarios públicos o concertados más cercanos que estén en funcionamiento o en fase de proyecto.  **5. En caso de que la modificación suponga una nueva actividad en la oficina de farmacia:**  Documentación justificativa exigida en la normativa vigente relativa a la nueva actividad.   |  | | --- | |  |   Especificar:  **6. En caso de que se solicite cierre:**  Documentación justificativa de que la obra conlleva la imposibilidad de prestar la debida asistencia farmacéutica.  **7.Otros documentos:**  Otros documentos:   |  | | --- | |  | |  | |

|  |
| --- |
| **PAGO DE TASAS** |
| Este procedimiento conlleva una tasa de **283,36** euros.   |  | | --- | |  |   Podrá acreditar el pago realizado:  Electrónicamente, mediante la referencia  Adjuntando copia del modelo 046, cumplimentado por la entidad bancaria. |

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