

DON/DOÑA _____, mayor de edad,
con número de Colegiado / D.N.I _____ (en los casos de presentación por
representantes o herederos, no Colegiados, el espacio reservado para el N° de Colegiado se
cumplimentará con el N° de D.N.I.) y con domicilio a efecto de notificaciones en
_____, respetuosamente
expone:

Que teniendo que solicitar autorización de nombramiento de FCO.SUSTITUTO
para la oficina de farmacia de la que soy _____ (Titular / Cotitular / representante
legal o heredero del fallecido titular, en caso de solicitud de nombramiento de regente) sita en
_____ de _____,
intereso que por ese Colegio se haga, en mi nombre, la presentación de la solicitud y
documentación que se adjunta al presente escrito, ante la Administración con competencias
para el nombramiento que se solicita:

Farmacéutico propuesto para nombramiento como Adjunto / Sustituto / Regente:

D/Dña. _____ (Nombre y dos apellidos)
N° de Colegiado/a. _____ (Especificar el Colegio)

Por lo expuesto,

SOLICITO DE V.I. tenga por presentado este escrito y documentos acompañados, y
proceda a su presentación ante la Administración competente.

En BURGOS a _____ de _____ de 20__.

(Firma del Interesado).

De conformidad con lo establecido en el artículo 5 de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de protección de datos de carácter personal, se informa a los interesados de que los datos aportados en este formulario serán incorporados a un fichero, de titularidad compartida entre la Consejería de Sanidad de la Junta de Castilla y León, el Consejo de Colegios Profesionales de Farmacéuticos de Castilla y León y los correspondientes Colegios Provinciales de Farmacéuticos, para su tratamiento conforme a lo establecido en el Decreto 12/2011, de 17 de marzo, por el que se desarrolla parcialmente la Ley 13/2001, de 20 de diciembre, de Ordenación Farmacéutica de la Comunidad de Castilla y León, en materia de oficinas de farmacia; y que podrá ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición, previstos por la Ley, mediante escrito dirigido, bien, a la Consejería de Sanidad de la Junta de Castilla y León, al Consejo de Colegios Profesionales de Farmacéuticos de Castilla y León o en su Colegio Provincial correspondiente, utilizando al efecto los modelos normalizados que se encuentran a su disposición en las sedes de los organismos anteriormente citados.

SR. PRESIDENTE DEL COLEGIO OFICIAL DE FARMACEUTICOS DE BURGOS

SOLICITUD DE NOMBRAMIENTO DE FARMACÉUTICO SUSTITUTO

EXPEDIENTE:

(A rellenar por la Administración)

SOLICITANTE (Especificar si es Titular/Cotitular o Regente): _____

Nombre	Primer apellido	Segundo apellido	DNI

Domicilio a efectos de notificaciones

Vía:	Núm.:	Planta:	Puerta:
CP:	Localidad:	Provincia:	
Correo electrónico:		Teléfono móvil:	
Teléfono fijo:		Número de Fax:	

Medio preferente a efectos de notificaciones:

<input type="checkbox"/> Correo postal	<input type="checkbox"/> Correo electrónico
--	---

Ubicación de la oficina de farmacia para la que se solicita el nombramiento de farmacéutico sustituto

Vía:	Núm.:	
CP:	Localidad:	Provincia:
Nombre y apellidos titular:		Núm. colegiado:

Causas del nombramiento de farmacéutico sustituto:

- Vacaciones: un máximo de treinta días hábiles.
- Enfermedad, deficiencias físicas o psíquicas transitorias: por un tiempo no superior a dos años y medio.
- Permiso por maternidad o paternidad: tendrá la duración establecida en la legislación vigente.
- Estudios relacionados con la profesión farmacéutica: por el tiempo previsto en el programa.
- Designación o elección para el desempeño de cargos públicos o de representación profesional: por el tiempo de duración de la misma.
- Servicios de urgencia y ampliación horaria. (en las horas de ampliación horaria)
- Otras causas de ausencia temporal del titular o regente, debidamente justificadas (indicar causa). _____

Documentación que se presenta:

- Documentación que justifique la causa de la designación del farmacéutico sustituto (Especificar la documentación presentada)

Datos del farmacéutico propuesto para nombramiento como sustituto:

Nombre	Primer apellido	Segundo apellido	DNI
Núm. Colegiado	Provincia		
Periodo para el que se designa:			
<input type="checkbox"/>	Desde: día	mes	año
<input type="checkbox"/>	Hasta: día	mes	año

DOCUMENTACIÓN relativa al farmacéutico **SUSTITUTO**:

- Certificado de colegiación o compromiso de colegiarse acompañado, en este caso, del título de Licenciado en Farmacia o justificación de la posesión del mismo.
- Declaración responsable del Farmacéutico Sustituto de que no está incurso en ninguna causa de incompatibilidad recogida en la legislación vigente.
- Contrato de trabajo del Farmacéutico Sustituto o documento acreditativo de la condición de trabajador autónomo del mismo.

Supuestos especiales de nombramiento de Farmacéutico Sustituto:

- El Farmacéutico propuesto como sustituto, es el Farmacéutico Adjunto ya autorizado, por lo que sólo se aporta la documentación requerida en los apartados a y b del artículo 32.2 del Decreto 12/2011, de 17 de Marzo.
- El Farmacéutico propuesto como sustituto, es el Farmacéutico cotitular de la oficina de farmacia, por lo que sólo se aporta la documentación requerida en los apartados a y b del artículo 32.2 del Decreto 12/2011, de 17 de Marzo.

Por lo que,

Expuesto cuanto antecede y aportada la documentación requerida, solicita el nombramiento de la persona propuesta en la modalidad de sustituto por el plazo indicado con antelación.

En _____ BURGOS _____ a _____ de _____ de _____

.....
(Firma del solicitante)

De conformidad con lo establecido en el artículo 5 de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de protección de datos de carácter personal, se informa a los Interesados de que los datos aportados en este formulario serán incorporados a un fichero, de titularidad compartida entre la Consejería de Sanidad de la Junta de Castilla y León, el Consejo de Colegios Profesionales de Farmacéuticos de Castilla y León y los correspondientes Colegios Provinciales de Farmacéuticos, para su tratamiento conforme a lo establecido en el Decreto 12/2011, de 17 de marzo, por el que se desarrolla parcialmente la Ley 13/2001, de 20 de diciembre, de Ordenación Farmacéutica de la Comunidad de Castilla y León, en materia de oficinas de farmacia; y que podrá ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición, previstos por la Ley, mediante escrito dirigido, bien, a la Consejería de Sanidad de la Junta de Castilla y León, al Consejo de Colegios Profesionales de Farmacéuticos de Castilla y León o en su Colegio Provincial correspondiente, utilizando al efecto los modelos normalizados que se encuentran a su disposición en las sedes de los organismos anteriormente citados.

JEFE DEL SERVICIO TERRITORIAL DE SANIDAD Y BIENESTAR SOCIAL DE BURGOS

Don/Doña _____,
Licenciado/a en farmacia, con DNI _____, y domicilio, a efecto
de notificaciones, en _____ Número _____
Planta ____ Puerta ____ CP _____ Localidad _____
Provincia _____.

DECLARA que no se encuentra incurso/a en ninguna causa de incompatibilidad de las recogidas en la Ley 13/2001 de 20 de diciembre de Ordenación Farmacéutica de la Comunidad de Castilla y León, en la Ley 29/2006 de Garantías y Uso Racional de los Medicamentos y Productos Sanitarios o en cualquier otra Legislación vigente que le fuera de aplicación, para ejercer como FARMACÉUTICO SUSTITUTO en oficina de farmacia.

En _____ BURGOS _____ a ____ de _____ de _____

Firmado