

**SOLICITUD DE CESE DE NOMBRAMIENTO DE FARMACÉUTICO  
ADJUNTO/SUSTITUTO.** (Marcar lo que proceda)

Solicitante (Especificar si es Titular/Cotitular o Regente): \_\_\_\_\_

Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	DNI

Ubicación de la Oficina de Farmacia

Vía	Núm:
C.P:	Localidad:
Provincia:	Nº Farmacia:

**EX P O N E :**

Que el farmacéutico

Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	DNI
Num Colegiado:	Provincia:		

Que fue nombrado farmacéutico adjunto/sustituto\* de esta oficina de farmacia por el Jefe del Servicio Territorial de Sanidad y Bienestar Social de Burgos con fecha: \_\_\_\_\_

(marcar lo que proceda)\*

Periodo para el que fue nombrado:
Desde: día _____ mes _____ año _____
Hasta: día _____ mes _____ año _____
Indefinido:

**COMUNICA:**

El cese de farmacéutico adjunto en esta oficina de farmacia desde el \_\_\_\_\_ y

**SOLICITA:**

El envío de esta comunicación al Servicio Territorial de Sanidad y Bienestar Social de Burgos.

Burgos, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ .  
(firma)

**ILMO. SR. PRESIDENTE DEL COLEGIO OFICIAL DE FARMACEUTICOS DE BURGOS.-**