

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. ADJUNTO
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 ADJUNTO

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 adjunto:

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

Causas del nombramiento de farmacéutico adjunto:

- Titular mayor de 65 años
- Volumen de actividad
- Nº de botiquines y/o depósitos de medicamentos vinculados
- Carácter voluntario

Documentación que se presenta:

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

Datos del farmacéutico propuesto para nombramiento como adjunto:

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 _____			
<input type="checkbox"/> Contrato indefinido			

DOCUMENTACIÓN relativa al farmacéutico **ADJUNTO**:

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 Adjunto de que no está incurso en ninguna causa de incompatibilidad recogida en la legislación vigente.

Contrato de trabajo del Farmacéutico Adjunto o documento acreditativo de la condición de trabajador autónomo del mismo.

Por lo que,

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

En _____ 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 _____ en oficina de farmacia.

En _____ a __ de _____ de _____

Firmado