

CÓDIGO IDENTIFICATIVO

Nº REGISTRO, FECHA Y HORA

**AUTORIZACIÓN DE OFICINAS DE FARMACIA. (Código procedimiento: 12256 - 12260 - 12261 - 12262 - 12263)****INSTALACIÓN** **TRASLADO**

- Voluntario Definitivo       Voluntario Provisional  
 Forzoso Definitivo       Forzoso Temporal

**MODIFICACIÓN DE INSTALACIONES** **FUNCIONAMIENTO** **CIERRE VOLUNTARIO**

- Temporal       Definitivo

Decreto / de de (BOJA nº de fecha )

Marcar aquellos procedimientos de autorización que correspondan (art. 6 Decreto mencionado)

1 DATOS DE LA PERSONA SOLICITANTE							
APELLIDOS Y NOMBRE:						SEXO: <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> M	DNI/NIE/NIF:
APELLIDOS Y NOMBRE DE LA PERSONA REPRESENTANTE:						SEXO: <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> M	DNI/NIE/NIF:
DOMICILIO DEL LOCAL DESIGNADO PARA EL QUE SE PIDE AUTORIZACIÓN							
TIPO DE VÍA:		NOMBRE DE LA VÍA:					
NÚMERO:	LETRA:	KM EN LA VÍA:	BLOQUE:	PORTAL:	ESCALERA:	PLANTA:	PUERTA:
ENTIDAD DE POBLACIÓN:		MUNICIPIO:		PROVINCIA:		PAÍS:	CÓD. POSTAL:
NÚMERO TELÉFONO:	NÚMERO MÓVIL:	CORREO ELECTRÓNICO:					

2 DATOS DE PERSONAS SOLICITANTES (*)		
APELLIDOS Y NOMBRE:	SEXO: <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> M	DNI/NIE/NIF:
APELLIDOS Y NOMBRE:	SEXO: <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> M	DNI/NIE/NIF:
APELLIDOS Y NOMBRE:	SEXO: <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> M	DNI/NIE/NIF:
APELLIDOS Y NOMBRE:	SEXO: <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> M	DNI/NIE/NIF:
APELLIDOS Y NOMBRE:	SEXO: <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> M	DNI/NIE/NIF:

(\*) En caso de cotitularidad/solicitudes conjuntas, rellenar los datos correspondientes al domicilio en el recuadro 1, y los datos de las personas cotitulares/solicitantes en el recuadro 2.

3 LUGAR Y MEDIO DE NOTIFICACIÓN							
Marque sólo una opción.							
<input type="checkbox"/> <b>OPTO</b> por que las notificaciones que proceda practicar se efectúen en el lugar que se indica:							
DOMICILIO NOTIFICACIONES: (Cumplimentar únicamente en el caso de que no coincida con el indicado en el apartado 1)							
TIPO DE VÍA:	NOMBRE DE LA VÍA:						
NÚMERO:	LETRA:	KM EN LA VÍA:	BLOQUE:	PORTAL:	ESCALERA:	PLANTA:	PUERTA:
ENTIDAD DE POBLACIÓN:		MUNICIPIO:		PROVINCIA:		PAÍS:	CÓD. POSTAL:
NÚMERO TELÉFONO:	NÚMERO MÓVIL:	CORREO ELECTRÓNICO:					
<input type="checkbox"/> <b>OPTO</b> por que las notificaciones que proceda practicar se efectúen por medios electrónicos a través del Sistema de Notificaciones Notific@ de la Junta de Andalucía.							
En tal caso:							
<input type="checkbox"/> Manifiesto que dispongo de una dirección electrónica habilitada en el Sistema de Notificaciones Notific@.							
<input type="checkbox"/> Manifiesto que <b>NO</b> dispongo de una dirección electrónica habilitada en el Sistema de Notificaciones Notific@, por lo que <b>AUTORIZO</b> a la Consejería/ Agencia a tramitar mi alta en el referido sistema.							
Indique un correo electrónico y/o un número de teléfono móvil donde informar sobre las notificaciones practicadas en el Sistema de Notificaciones Notific@.							
Correo electrónico:	Nº teléfono móvil:						

CÓDIGO IDENTIFICATIVO

**4 DOCUMENTACIÓN Y AUTORIZACIONES**

Presento la siguiente documentación:

**A) DOCUMENTACIÓN GENÉRICA**

- Acreditación de la representación en caso de que la solicitud se formule en nombre de otra persona.
- Justificante acreditativo del ingreso de la tasa exigida.

**B) DOCUMENTACIÓN ESPECÍFICA PARA AUTORIZACIONES DE INSTALACIÓN Y TRASLADO**

- Plano e informe técnico, acreditando la medición de las distancias del local y su situación respecto a los centros y establecimientos sanitarios de acuerdo con lo establecido en el Decreto 94/2013, de 11 de septiembre, por el que se regula el régimen de distancias aplicable en Materia de Planificación Farmacéutica.
- Informe emitido por persona técnica competente en la que conste el estado de construcción del local y el acceso desde la vía pública, así como plano a escala con detalle de su distribución y la superficie útil.
- Declaración responsable de la persona técnica competente que elabore los documentos anteriores, conforme al Anexo II del Decreto 94/2013, de 11 de septiembre.
- En caso de traslado forzoso, documentación acreditativa sobre la pérdida de la disponibilidad jurídica o física del local, por causa no imputable a quien es titular de la oficina de farmacia, y que conlleva el desalojo del local en que se encuentra ubicada.

**C) DOCUMENTACIÓN ESPECÍFICA PARA AUTORIZACIÓN DE MODIFICACIÓN DE INSTALACIONES**

- Documentación técnica emitida por persona técnica competente en relación con la modificación solicitada (artículo 20.b del Decreto que figura en el encabezamiento de la solicitud).
- Documento que indique si la realización de dicha modificación afecta o no a los productos, el equipamiento y la atención al público, así como las medidas adoptadas para salvaguardarlos.

**D) DOCUMENTACIÓN ESPECÍFICA PARA AUTORIZACIÓN DE FUNCIONAMIENTO**

- Justificación documental de la disponibilidad jurídica del local.

**E) DOCUMENTACIÓN ESPECÍFICA PARA LA AUTORIZACIÓN DE CIERRE VOLUNTARIO**

- Justificación documental de la causa del cierre, y la duración prevista en caso de cierre voluntario temporal.

**AUTORIZACIÓN DOCUMENTOS EN PODER DE LA ADMINISTRACIÓN DE LA JUNTA DE ANDALUCÍA**

Ejercer el derecho a no presentar los siguientes documentos que obran en poder de la Administración de la Junta de Andalucía o de sus Agencias, y autorizo al órgano gestor para que pueda recabar dichos documentos o la información contenida en los mismos de los órganos donde se encuentren:

Documento	Consejería/Agencia y Órgano	Fecha de emisión o presentación	Procedimiento en el que se emitió o en el que se presentó
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			

**AUTORIZACIÓN DOCUMENTOS EN PODER DE OTRAS ADMINISTRACIONES**

Autorizo al órgano gestor para que pueda recabar de otras Administraciones Públicas los siguientes documentos o la información contenida en los mismos:

Documento	Administración Pública y Órgano	Fecha emisión o presentación	Procedimiento en el que se emitió o en el que se presentó
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			

CÓDIGO IDENTIFICATIVO

**5 DECLARACIÓN, SOLICITUD, LUGAR, FECHA Y FIRMA**

La persona/s abajo firmantes **DECLARA/N** que son ciertos cuantos datos figuran en la presente solicitud, así como en la documentación adjunta, y que **SOLICITA/N** la autorización administrativa referida en ésta.

En ..... a ..... de ..... de .....

LA PERSONA SOLICITANTE/REPRESENTANTE

Fdo.: .....

**5.1 FIRMA DE LAS PERSONAS SOLICITANTES/REPRESENTANTES (Sólo en caso de cotitularidad/solicitudes conjuntas)**

APELLIDOS Y NOMBRE:	DNI/NIE/NIF:	FIRMA
APELLIDOS Y NOMBRE:	DNI/NIE/NIF:	FIRMA
APELLIDOS Y NOMBRE:	DNI/NIE/NIF:	FIRMA
APELLIDOS Y NOMBRE:	DNI/NIE/NIF:	FIRMA
APELLIDOS Y NOMBRE:	DNI/NIE/NIF:	FIRMA

**ILMO/A. SR./A. DELEGADO/A TERRITORIAL DE SALUD Y FAMILIAS EN** .....

**Código Directorio Común de Unidades Orgánicas y Oficinas:**

**CLÁUSULA DE PROTECCIÓN DE DATOS**

En cumplimiento de lo dispuesto en el Reglamento General de Protección de Datos, le informamos que:

- El Responsable del tratamiento de sus datos personales es la Dirección General de Salud Pública y Ordenación Farmacéutica cuya dirección es Avda. de la Innovación, s/n, 41020 Sevilla.
- Podrá contactar con el Delegado de Protección de Datos en la dirección electrónica [dpd.csalud@juntadeandalucia.es](mailto:dpd.csalud@juntadeandalucia.es)
- Los datos personales que nos proporciona son necesarios para la gestión de las autorizaciones administrativas sanitarias exigidas a los centros, servicios y establecimientos sanitarios y almacenes de distribución de medicamentos, y comunicaciones asociadas, así como su inscripción en el Registro Andaluz de Centros, Servicios y Establecimientos Sanitarios, cuya base jurídica es el artículo 29 de la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, el artículo 19.1 de la Ley 2/1998, de 15 de junio, de Salud de Andalucía y la Ley 22/2007, de 18 de diciembre, de Farmacia de Andalucía.
- Puede usted ejercer sus derechos de acceso, rectificación, supresión, portabilidad de sus datos, y la limitación u oposición a su tratamiento, como se explica en la información adicional.

La información adicional detallada, así como el formulario para la reclamación y/o ejercicio de derechos se encuentra disponible en la siguiente dirección electrónica: <http://www.juntadeandalucia.es/protecciondedatos>