



Cómo rellenar los Anexos - actualizado a 14-01-2025 (*)

- Debe descargar los Anexos en su equipo, rellenarlos, y adjuntarlos en el momento de su presentación.
- En el caso de solicitudes individuales hay que presentar un ejemplar de los Anexos II, III y IV.
- En el caso de solicitudes conjuntas, hay que presentar un único Anexo II y, además, un Anexo III y un Anexo IV por cada uno de los participantes de la solicitud.

Anexo II: SOLICITUD

Descargue el Anexo II en su equipo y nómbrelo como **“ANEXO II + DNI”** (del único o del primer solicitante).

(Página 1 de 5) ANEXO II


Junta de Andalucía

Consejería de Salud y Consumo

SOLICITUD 

PARTICIPACIÓN EN EL CONCURSO PÚBLICO PARA LA ADJUDICACIÓN DE OFICINAS DE FARMACIA
(Código procedimiento: 8808)

SOLICITUD INDIVIDUAL SOLICITUD CONJUNTA. N° de solicitantes:

FASE PRIMERA FASE SEGUNDA FASE TERCERA

CON DISCAPACIDAD (marcar sólo cuando la persona solicitante en la solicitud individual o la totalidad de participantes en la solicitud conjunta, tengan esta condición).

Orden de de de (BOJA nº de fecha)

Debe tener en cuenta que:

1. Sólo se puede participar en una solicitud, individual o conjunta.
2. Marque el casillero “SOLICITUD INDIVIDUAL” si solo participa una persona y marque el casillero “SOLICITUD CONJUNTA” si participa más de una persona. En el segundo caso, indique también el número de solicitantes.
3. En el documento “preguntas y respuestas frecuentes” así como en la Orden de la convocatoria encontrará los requisitos de participación en cada una de las fases. Si solicita una fase para la que no cumpla requisitos, será excluido de la misma.
4. Debe tener en cuenta que en caso de no marcar ninguna de las fases, aparecerá excluido en la lista correspondiente.
5. Si presenta una solicitud conjunta para el cupo de oficinas de farmacia reservado a personas con discapacidad, todos los participantes de esa solicitud deben presentar la condición de discapacidad.



Junta de

1. DATOS DE LA/S PERSONA/S SOLICITANTE/S Y DE LA REPRESENTANTE (*)

APELLIDOS Y NOMBRE DEL SOLICITANTE (solicitud individual) o 1º (solicitud conjunta):		SEXO: <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> M	DNI/NIE:				
APELLIDOS Y NOMBRE DEL SOLICITANTE 2º (solicitud conjunta):		SEXO: <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> M	DNI/NIE:				
APELLIDOS Y NOMBRE DEL SOLICITANTE 3º (solicitud conjunta):		SEXO: <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> M	DNI/NIE:				
APELLIDOS Y NOMBRE DEL SOLICITANTE 4º (solicitud conjunta):		SEXO: <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> M	DNI/NIE:				
APELLIDOS Y NOMBRE DEL SOLICITANTE 5º (solicitud conjunta):		SEXO: <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> M	DNI/NIE:				
DOMICILIO:							
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:	
APELLIDOS Y NOMBRE DE LA PERSONA REPRESENTANTE:		SEXO: <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> M	DNI/NIE:				
ACTÚA EN CALIDAD DE:							

* En caso de solicitudes conjuntas solo se rellenarán los datos de la persona representante cuando ésta sea distinta de las solicitantes que constan en este apartado, y por tanto, no participe en esta solicitud. Sin perjuicio de lo anterior, en los casos de solicitud conjunta presentada por una de las personas solicitantes en la misma, se exigirá que ésta ostente la representación de las demás. En este último caso solo se cumplimentarán los datos de las personas solicitantes, dejando en blanco los de la persona representante..

En ningún caso los datos de un solicitante irán consignados en la casilla “Apellidos y nombre de la persona representante”.

La casilla de persona representante sólo se cumplimentará si dicha persona no es solicitante.

En solicitudes conjuntas, si uno de los solicitantes actúa como representante de los demás, debe acreditar la representación de los demás. En ese caso deberá figurar como solicitante 1º.



Junta de Andalucía

3. DERECHO DE OPOSICIÓN

El órgano gestor va a consultar los siguientes datos, en el caso de que no esté de acuerdo, manifieste su oposición (artículo 28 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre):

3.1 A RELLENAR SOLO EN CASO DE SOLICITUD INDIVIDUAL

- ME OPONGO** a la consulta de mis **datos de identidad** a través del Sistema de Verificación de Datos de Identidad, y apporto copia del DNI/NIE.
- ME OPONGO** a la consulta de mis **datos de titulación** a través del Sistema de Verificación de Datos de Titulación, y apporto copia del título de licenciatura o grado de Farmacia.
- ME OPONGO** a la consulta de mis **datos de discapacidad** a través del Sistema de Verificación de Datos de Discapacidad, y apporto documentación acreditativa de mis datos de discapacidad. (*)

3.2 A RELLENAR SOLO EN CASO DE SOLICITUD CONJUNTA, POR LA PERSONA REPRESENTANTE

DECLARO haber comunicado a las personas participantes de esta solicitud conjunta la posibilidad de que se opongan a la consulta de todos los datos aquí referidos, y:

- Una o varias personas participantes de esta solicitud se oponen, y apporto copia del documento exigido.
- Nadie se opone.

(*) Este apartado solo vincula a las solicitudes donde se haya marcado discapacidad en el encabezamiento; en los restantes casos se dejará en blanco y no se exigirá documentación sobre discapacidad.

4. DOCUMENTACIÓN

Presento la siguiente documentación:

- Justificante de pago de la tasa.
- Hoja de autobaremación de cada solicitante. (Anexo III)
- Declaración responsable sobre determinados extremos, de cada solicitante. (Anexo IV)
- Documentación acreditativa de la representación, en caso de no constar en el registro electrónico de apoderamientos.

Y en el caso de haberme opuesto a la consulta en el apartado 3.

- Copia compulsada de la documentación que acredite la identidad de la persona solicitante.
- Copia compulsada del título de licenciatura o grado en Farmacia.
- Copia compulsada de la documentación acreditativa de la discapacidad o de la solicitud de reconocimiento, en su caso.

Si ha marcado alguna de las opciones del apartado 3, debe aportar las copias de la documentación afectada, teniendo en cuenta que en cualquier momento se le podrá solicitar el cotejo de las copias aportadas, pudiéndose requerir la exhibición del documento o de la información original.

Le recomendamos verificar que su título se encuentra disponible en la sede electrónica del correspondiente Ministerio a través del siguiente enlace: https://universidades.sede.gob.es/pagina/index/directorio/consulta_titulos. Aquí podrá generar un archivo pdf que podrá adjuntar con su documentación. Ese archivo contiene un código de autorización que permitirá a la Administración la consulta de su título.



Jun

SOLICITANTE O REPRESENTANTE											
APELLIDOS Y NOMBRE:									DNI/NIE:		
ORDEN DE PREFERENCIA (ÚNICO POR SOLICITUD)											
Nº Orden	Código	Nº Orden	Código	Nº Orden	Código	Nº Orden	Código	Nº Orden	Código	Nº Orden	Código
1		44		87		130		173		216	
2		45		88		131		174		217	
3		46		89		132		175		218	
4		47		90		133		176		219	
5		48		91		134		177		220	
6		49		92		135		178		221	
7		50		93		136		179		222	
8		51		94		137		180		223	
9		52		95		138		181		224	
10		53		96		139		182		225	
11		54		97		140		183		226	
12		55		98		141		184		227	
13		56		99		142		185		228	
14		57		100		143		186		229	
15		58		101		144		187		230	
16		59		102		145		188		231	
17		60		103		146		189		232	
18		61		104		147		190		233	
19		62		105		148		191		234	
20		63		106		149		192		235	
21		64		107		150		193		236	
22		65		108		151		194		237	
23		66		109		152		195		238	
24		67		110		153		196		239	



Junta de Andalucía

Importante: el orden de preferencia será el establecido en la solicitud, y en ningún caso se podrá alterar pasado el plazo de presentación.

En la columna “Código” se anotará el código de farmacia que aparece en el Anexo I de la Orden. Estos códigos de farmacia corresponden a cada uno de los municipios en los que se ofertan oficinas de farmacia.



Anexo III: HOJA DE AUTOBAREMACIÓN

Descargue el Anexo III en su equipo y nómbrelo como **“ANEXO III + DNI”** (del único o del primer solicitante).

Tenga en cuenta que:

1. Deben presentarse tantas hojas de autobaremación (anexo III) como solicitantes figuren en el anexo II.
2. Las puntuaciones se expresarán con 2 decimales siguiendo las reglas de redondeo.

En el apartado 2.A. EXPERIENCIA PROFESIONAL, el máximo tiempo de experiencia profesional que será valorado es de 10 años, y la máxima puntuación para este apartado es de 50 puntos.

(*) Si necesita incluir más de dos períodos trabajados en el mismo subapartado, sólo será necesario indicar el total de años y meses y los puntos de dicho subapartado.

2. A. EXPERIENCIA PROFESIONAL (máximo 50 puntos)					
MÉRITOS	PERIODO		AÑOS	MESES	PUNTOS
1 (5 puntos/año)	De ___/___/___ a ___/___/___	De ___/___/___ a ___/___/___			
2 (5 puntos/año)	De ___/___/___ a ___/___/___	De ___/___/___ a ___/___/___			
3 (4 puntos/año)	De ___/___/___ a ___/___/___	De ___/___/___ a ___/___/___			
4 (3 puntos/año)	De ___/___/___ a ___/___/___	De ___/___/___ a ___/___/___			
5 (2'5 puntos/año)	De ___/___/___ a ___/___/___	De ___/___/___ a ___/___/___			
6 (2 puntos/año)	De ___/___/___ a ___/___/___	De ___/___/___ a ___/___/___			
TOTAL APARTADO A					

Para rellenar el apartado 3.B FORMACIÓN ACADÉMICA deberá solicitar un certificado de las calificaciones obtenidas a la universidad donde cursó sus estudios.

3. B. FORMACIÓN ACADÉMICA (máximo 35 puntos)	
MÉRITOS	PUNTOS
1.- Expediente académico de la Licenciatura o Grado en Farmacia.	
CALIFICACIÓN	
Nº M.H. _____ x 5 = _____	
Nº SOBRES. _____ x 4 = _____	
Nº NOT. _____ x 3 = _____	
Nº APR. _____ x 2 = _____	
SUMA = _____	
6 x $\frac{\text{suma de puntos anteriores}}{\text{Nº asignaturas}}$	



Junta de Andalucía

Sólo en el caso de solicitud conjunta deberá consignar en el apartado 5 el total de la autobaremación individual de cada uno de los solicitantes (última casilla del apartado 4.C), incluido el suyo, y calcular la media. Este dato será el mismo en todos los anexos III presentados en la misma solicitud.

5. PARA CASOS DE SOLICITUD CONJUNTA (rellenar en todas las autobaremaciones individuales y calcular media) (*)	
TOTAL AUTOBAREMACIÓN INDIVIDUAL SOLICITANTE 1º
TOTAL AUTOBAREMACIÓN INDIVIDUAL SOLICITANTE 2º
TOTAL AUTOBAREMACIÓN INDIVIDUAL SOLICITANTE 3º
TOTAL AUTOBAREMACIÓN INDIVIDUAL SOLICITANTE 4º
TOTAL AUTOBAREMACIÓN INDIVIDUAL SOLICITANTE 5º
AUTOBAREMACIÓN DE SOLICITUD CONJUNTA	

Anexo IV: DECLARACIÓN RESPONSABLE ANEXA A SOLICITUD DE PARTICIPACIÓN

Descargue el documento en su equipo y nómbrelo como **“ANEXO IV + DNI”** (del único o del primer solicitante).

Importante: deben presentarse tantas declaraciones responsables como solicitantes figuren en el anexo II.

Dentro del apartado 2.DECLARACIONES:

- En el punto 1 debe marcar sólo 1 opción.
 - En el punto 2 puede marcar 1 o las 2 opciones.
 - En el punto 3 debe marcar sólo 1 opción.

2. DECLARACIONES
DECLARO , bajo mi expresa responsabilidad, como solicitante, o en su nombre:
1) Que a la fecha de la publicación de la presente convocatoria:
<input type="checkbox"/> Soy titular de oficina de farmacia.
<input type="checkbox"/> Soy cotitular de oficina de farmacia.
<input type="checkbox"/> No soy titular ni cotitular de oficina de farmacia pero sí lo he sido.
<input type="checkbox"/> No he sido nunca titular ni cotitular de oficina de farmacia.
2) Que:
<input type="checkbox"/> No he transmitido titularidad o cotitularidad sobre una oficina de farmacia en los cinco años anteriores a la fecha de publicación de la presente convocatoria.
<input type="checkbox"/> No me encuentro en situación de incapacidad laboral permanente total o absoluta ni inhabilitación profesional.
3) Que:
<input type="checkbox"/> Nunca he obtenido autorización de instalación y funcionamiento de una oficina de farmacia adjudicada por concurso.
<input type="checkbox"/> Sí he obtenido autorización de instalación y funcionamiento de una oficina de farmacia adjudicada por concurso.
4) Que son ciertos los datos reflejados en los recuadros siguientes (3, 4 y 5) sobre titularidad/cotitularidad de oficinas de farmacia.
5) Que me comprometo a aportar, en el supuesto de que me adjudiquen una oficina de farmacia en esta convocatoria, la certificación prevista en el artículo 36.1 de la Ley 22/2007, de 18 de diciembre, de Farmacia de Andalucía.



Junta de Andalucía

El apartado 3 sólo debe rellenarse en caso de ser titular o cotitular en la actualidad.

3. TITULARIDAD / COTITULARIDAD DE OFICINA DE FARMACIA QUE TIENE LA PERSONA SOLICITANTE ACTUALMENTE		
COMUNIDAD/CIUDAD AUTÓNOMA:	PROVINCIA:	MUNICIPIO:
DOMICILIO DE LA OFICINA DE FARMACIA:		

El apartado 4 debe rellenarse en caso de haber transmitido la titularidad o cotitularidad de una oficina de farmacia, con independencia de que en la actualidad sea o no titular o cotitular.

4. DATOS DE LA ÚLTIMA TRANSMISIÓN DE TITULARIDAD / COTITULARIDAD DE OFICINA DE FARMACIA QUE HA REALIZADO LA PERSONA SOLICITANTE *		
FECHA DE LA ÚLTIMA RESOLUCIÓN ADMINISTRATIVA QUE DECLARÓ LA TRANSMISIÓN DE TITULARIDAD/COTITULARIDAD:		
DATOS DE LA OFICINA DE FARMACIA QUE FUE TRANSMITIDA:		
COMUNIDAD/CIUDAD AUTÓNOMA:	PROVINCIA:	MUNICIPIO:
DOMICILIO DE LA OFICINA DE FARMACIA:		

El apartado 5 debe rellenarse sólo en caso de haber sido adjudicatario anteriormente de una oficina de farmacia por concurso y haber obtenido las autorizaciones de instalación y funcionamiento.

5. DATOS DE LA TITULARIDAD / COTITULARIDAD DE LA OFICINA U OFICINAS DE FARMACIA ADJUDICADAS POR CONCURSO EN LAS QUE HUBIESE OBTENIDO AUTORIZACIÓN DE INSTALACIÓN Y FUNCIONAMIENTO
COMUNIDAD/CIUDAD/ES AUTÓNOMA/S:
PROVINCIA/S:
MUNICIPIO/S:
DOMICILIO/S DE LA OFICINA DE FARMACIA: