|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN SANITARIA DE BOTIQUINES DE FARMACIA.**  **Procedimiento nº2600:** | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | |
| |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | **TIPO DE BOTIQUÍN:** | | | | | | |  | Permanente |  | De temporada o turísticos |  | De urgencia | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | |
| |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | **MOTIVO DE LA SOLICITUD:** | | | | | | | | |  | Creación |  | Traslado |  | Cierre |  | Cambio de titularidad de la oficina de farmacia a la que está vinculado el botiquín | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | |
| **SOLICITANTE:** | | | | | | | | | | | |
| NIF / CIF: | | APELLIDOS Y NOMBRE /RAZON SOCIAL: | | | | | | | | | |
| DOMICILIO A EFECTOS DE NOTIFICACIÓN: | | | | | | | | | | | |
| CL /PL /AV/: | NOMBRE DE LA VIA PÚBLICA: | | | | NÚM: | LETRA: | ESC: | PISO: | PTA.: | C.P.: | |
| MUNICIPIO: | | | PROVINCIA: | | TELEFONO: | | CORREO ELECTRONICO: | | | | |
| NIF REPRESENTANTE LEGAL EN SU CASO: | | | | APELLIDOS Y NOMBRE REPRESENTANTE LEGAL**[1]** | | | | | | | |
|  | | | |  | | | | | | | |
| **EN CASO DE CREACION DE BOTIQUIN**: | | | | NÚCLEO DE POBLACIÓN, PEDANÍA O DIPUTACIÓN EN LA QUE SE PRETENDA INSTALAR EL BOTIQUÍN: | | | | | | | |

Descríbase los motivos que justifican la apertura del botiquín farmacéutico: Aumentos estacionales de población indicando el número y la época en que se producen (solo en botiquines de temporada), circunstancias de especial aislamiento…

Haga clic aquí para escribir texto.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | |  | | | | | | | | | |
| |  | | --- | | **DATOS DEL BOTIQUÍN (SÓLO EN CASO DE TRASLADO O CIERRE):** | | | | | | | | | | | | | | | |
| NIF / CIF: | | | APELLIDOS Y NOMBRE /RAZON SOCIAL: | | | | Nº OFICINA DE FARMACIA A LA QUE ESTÁ VINCULADO EL BOTIQUÍN: | | | | | | | |
| CL /PL /AV/: | | NOMBRE DE LA VIA PÚBLICA: | | | | NÚM: | | LETRA: | | ESC: | PISO: | PTA.: | C.P.: | |
| MUNICIPIO: | | | | PROVINCIA: | | TELEFONO: | | | CORREO ELECTRONICO: | | | | | |
|  | | | | |  | | | | | | | | | |
| **SOLICITUD [2] EXPRESA DE NOTIFICACIÓN ELECTRÓNICA**  **Marcar con una X** para solicitar a la Administración la notificación electrónica, de no marcarse esta opción la Administración notificará a las personas físicas por correo postal. | | | | | | | | | | | | | | |
|  | **Solicito que me notifique a través del Servicio de Notificación electrónica de la CARM** **[3]**, los actos y resoluciones administrativos que se deriven de cualquier procedimiento tramitado a partir de este momento por dicho organismo.  A tal fin, me comprometo **[4]** a acceder periódicamente a través de mi certificado digital , DNI electrónico o de los sistemas de clave concertada o cualquier otro sistema habilitado por la Administración Regional, a mi buzón electrónico ubicado en la Sede Electrónica de la CARM <https://sede.carm.es> / apartado consultas/notificaciones electrónicas/, o directamente en la URL <https://sede.carm.es/vernotificaciones> | | | | | | | | | | | | | |
| **SUSCRIPCIÓN AL SERVICIO DE AVISOS DE NOTIFICACIONES**  **Marcar con una X** para autorizar el envío de avisos de las notificaciones emitidas al número de teléfono móvil o a la dirección de correo electrónico indicados. El aviso en ningún caso tendrá la consideración de notificación. | | | | | | | | | | | | | | |
|  | Autorizo a que me envíe un aviso, siempre que disponga de una nueva notificación en la Dirección Electrónica Habilitada Única o en la Sede Electrónica, a través de un correo electrónico a la dirección de correo  y/o vía SMS al nº de teléfono móvil . | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | |
| **DOCUMENTACION A PRESENTAR (señalar la documentación que se adjunta a esta solicitud):** | | | | | | | | | | | | | | |
| **1.- EN EL SUPUESTO DE CREACIÓN** | | | | | | | | | | | | | | |
|  | Acuerdo de la Junta de Gobierno del Colegio Oficial de Farmacéutico o del órgano municipal competente | | | | | | | | | | | | | |
|  | Certificación de la población censada que conste en la última revisión del padrón municipal vigente en el momento de instar la solicitud | | | | | | | | | | | | | |
|  | Certificación del nº de plazas turísticas referidas a alojamiento hoteleros, apartamentos turísticos y plazas de camping (sólo en el caso de botiquines de temporada) | | | | | | | | | | | | | |
|  | Certificación del nº de viviendas construidas de segunda residencia (sólo en el caso de botiquines de temporada) | | | | | | | | | | | | | |
|  | Plano o croquis del núcleo de población afectado (indicar las vías de comunicación y las distancias entre los asentamientos de población que figuren en el plano y entre el local propuesto y la oficina de farmacia o botiquín en funcionamiento más cercanos). | | | | | | | | | | | | | |
|  | Memoria del local en donde se ubicaría el botiquín, que incluirá al menos   * Croquis de situación * Breve memoria de sus características (estado de construcción, superficie útil, detalle de distribución y accesos a la vía pública) | | | | | | | | | | | | | |
| **☐** | Justificación documental de la disponibilidad jurídica del local | | | | | | | | | | | | | |
| **☐** | En casos de circunstancia de especial aislamiento, documentación que acredite la misma. | | | | | | | | | | | | | |
| **2.- EN EL SUPUESTO DE TRASLADO A NUEVO LOCAL** ( cese del local en el antiguo local y la apertura del botiquín en un nuevo local que supondrá iniciar un nuevo procedimiento de apertura del botiquín ) | | | | | | | | | | | | | | |
|  | Acuerdo de la Junta de Gobierno del Colegio Oficial de Farmacéutico o del órgano municipal competente | | | | | | | | | | | | | |
|  | Certificación de la población censada que conste en la última revisión del padrón municipal vigente en el momento de instar la solicitud | | | | | | | | | | | | | |
|  | Certificación del nº de plazas turísticas referidas a alojamiento hoteleros, apartamentos turísticos y plazas de camping (sólo en el caso de botiquines de temporada) | | | | | | | | | | | | | |
|  | Certificación del nº de viviendas construidas de segunda residencia (sólo en el caso de botiquines de temporada) | | | | | | | | | | | | | |
|  | Plano o croquis del núcleo de población afectado (indicar las vías de comunicación y las distancias entre los asentamientos de población que figuren en el plano y entre el local propuesto y la oficina de farmacia o botiquín en funcionamiento más cercanos). | | | | | | | | | | | | | |
|  | Memoria del local en donde se ubicaría el botiquín, que incluirá al menos   * Croquis de situación * Breve memoria de sus características (estado de construcción, superficie útil, detalle de distribución y accesos a la vía pública) | | | | | | | | | | | | | |
| **☐** | Justificación documental de la disponibilidad jurídica del local | | | | | | | | | | | | | |
| **☐** | En casos de circunstancia de especial aislamiento, documentación que acredite la misma. | | | | | | | | | | | | | |
| **3.- EN EL SUPUESTO DE OBRAS** | | | | | | | | | | | | | |
|  | La fecha prevista para el comienzo de las obras será el día/mes  , y el plazo de ejecución estimado es de  días/meses  Haga clic aquí para escribir texto. | | | | | | | | | | | | |
|  | Proyecto de las obras a realizar, elaborado por técnico competente | | | | | | | | | | | | |
|  | Certificación expedida por técnico competente, en la que conste el estado de construcción del local, la superficie útil del mismo, detalle de su distribución, plantas que ocupa, supresión de barreras arquitectónicas según la normativa específica aplicable, localización exacta y características de sus accesos desde la vía pública. | | | | | | | | | | | | |
|  | Se solicita el cierre temporal desde el dia  al día | | | | | | | | | | | | |
|  | No se considera necesario el cierre temporal ya que **se declara responsablemente** que se adoptarán las medidas necesarias para garantizar la adecuada prestación del servicio, garantizar el cumplimiento de las condiciones higiénico-sanitarias y garantizar el cumplimiento de las condiciones de conservación en relación a los radiofármacos durante la ejecución de las obras. | | | | | | | | | | | | |
| **4.- EN EL SUPUESTO DE CAMBIO DE TITULARIDAD DEL BOTIQUÍN FARMACÉUTICO**  Descríbase los motivos que justifican el cambio de titularidad del Botiquín Farmacéutico  Haga clic aquí para escribir texto. | | | | | | | | | | | | | | |
| |  | | --- | | **En , a** Haga clic aquí o pulse para escribir una fecha.  **Firmado:** | | | | | | | | | | | | | | | |
| (\*) De conformidad con el artículo 28 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas, se entiende otorgado el consentimiento para que el órgano administrativo competente consulte de forma electrónica o por otros medios, a esta Administración Pública, otras Administraciones o Entes, los datos personales señalados con el asterisco, necesarios para la resolución de este procedimiento. En caso contrario, en el que NO otorgue el consentimiento para la consulta, marque la siguiente casilla/as:  **No autorizo** al órgano administrativo para que consulte los datos personales señalados con (\*) en el apartado documentación a presentar.  **EN EL CASO DE NO CONCEDER ESTA AUTORIZACIÓN, EL SOLICITANTE QUEDA OBLIGADO A APORTAR JUNTO A ESTA DOCUMENTACIÓN LOS DATOS/DOCUMENTOS RELATIVOS AL PROCEDIMIENTO.** | | | | | | | | | | | | | | |

Comunidad Autónoma de la Región de Murcia.

Dirección General de Planificación, Investigación, Farmacia y Atención al ciudadano.

Servicio de Ordenación y Atención Farmacéutica.

[1] Las personas físicas podrán elegir el sistema de notificación (electrónico o postal) ante la Administración, este derecho no se extiende a los obligados a relacionarse electrónicamente con las Administraciones previsto en el artículo 14.2 de la Ley 39/2015 de 1 de octubre, de Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas (personas jurídicas, entidades sin personalidad jurídica, profesionales colegiados, empleados públicos y personas que los representen), quienes por ley están obligados a ser notificados electrónicamente.

[2] La notificación por comparecencia electrónica se regula en el artículo 43.1 de la Ley 39/2015 de 1 de octubre, de Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas.

[3] De conformidad con lo dispuesto en el artículo 43.2 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, de Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas, una vez transcurridos 10 días naturales, desde la puesta a disposición de la notificación en la Sede Electrónica, sin que la haya descargado, se entenderá que la notificación ha sido rechazada.

**INFORMACIÓN BÁSICA SOBRE PROTECCION DE DATOS**

Al firmar esta solicitud queda establecido que usted presta su consentimiento expreso al tratamiento de sus datos personales. Lea esta información antes de firmar.

**Responsable del tratamiento:** Dirección General de Planificación, Investigación, Farmacia y Atención al Ciudadano de la Consejería de Salud de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia; Calle Pinares, nº 6, CP 30001 Murcia.

**Finalidad del tratamiento:** la tramitación administrativa que se derive de la gestión de esta solicitud. Los datos objeto de tratamiento serán conservados durante el tiempo en que pueda exigirse algún tipo de responsabilidad derivada de una relación jurídica o ejecución del contrato, con el objetivo de atender las posibles responsabilidades nacidas del tratamiento durante el plazo de prescripción de estas.

**Legitimación para el tratamiento:** el cumplimiento de una tarea en interés público o el ejercicio de los poderes públicos conferidos al responsable del tratamiento en virtud de la normativa recogida en la solicitud y por el consentimiento del interesado (artículos 6 y 8 de la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre de Protección de Datos Personales y garantías de los derechos digitales en relación con el artículo 6.1.a, c y e del Reglamento 2016/679 de Protección de Datos) de modo que no facilitar los datos provocará la imposibilidad de gestionar la solicitud y prestar el correspondiente servicio.

**Destinatarios de cesiones de datos:** No se cederán datos a terceros salvo a Administraciones Públicas en el ejercicio de sus competencias, cuando sea necesario para la tramitación del presente procedimiento. También se cederán cuando exista una obligación legal.

**Derechos de interesado:** Puede ejercitar sus derechos de acceso, rectificación, supresión, oposición, limitación y portabilidad de los datos, así como otros derechos, que se explican en la información adicional.

**Procedencia de los datos:** Además de los datos aportados por el interesado, también se obtienen datos procedentes de la Plataforma de Interoperabilidad de la CARM. Las categorías de datos que se tratan que se obtienen son datos de identificación.

**Contacto Delegado de Protección de Datos:** Inspección General de Servicios de la CARM; dirección de correo electrónico: [dpdigs@listas.carm.es](mailto:dpdigs@listas.carm.es)

**Información adicional:** Puede consultar información adicional y detallada sobre Protección de Datos en la siguiente dirección: <https://www.carm.es/web/pagina?IDCONTENIDO=62678&IDTIPO=100&RASTRO=c672$m>