

COMUNICACIÓ D'ALTA DE FARMACÈUTIC ADJUNT D'OFICINA DE FARMÀCIA

SOL·LICITANT		
Nom i llinatges:		
DNI:		
Titular de l'oficina de farmàcia PM. núm.:		
Situada al carrer:	Població:	CP:
Domicili a efectes de notificació a:		

EXPÒS

1. Que a l'objecte de millorar l'atenció farmacèutica i pels motius prevists a l'article 12 de la Llei 7/1998, necessit comptar amb la col·laboració d'un farmacèutic adjunt.
2. Que amb DNI núm. i núm. de col·legiat del Col·legi Oficial de farmacèutics de reuneix tots els requisits legals establerts per al desenvolupament d'aquesta funció.
3. Que es preveu l'alta per un període:
 - Temporal. (Comprès entre el i el)
 - Indefinit. A partir de data i un horari a desenvolupar de hores setmanals entre lesh i lesh.
4. Que es compleix la legalitat vigent en matèria laboral i de la Seguretat Social.
5. Que he informat prèviament d'aquesta sol·licitud a l'adjunt interessat i m'ha manifestat la seva conformitat.

COMUNIC

1. La contractació de com a farmacèutic adjunt de l'oficina de farmàcia PM..... ubicada a amb les condicions temporals i d'horari anteriorment esmentades.

A efectes de notificació, assenyal l'adreça electrònica següent com a preferent a l'hora de rebre les notificacions relatives a aquest tràmit

Data

Signat

Totes aquestes dades queden protegides en aplicació de la Llei orgànica 15/1999, de 13 de desembre, de protecció de dades de caràcter personal, especialment l'article 10: "El responsable del fitxer i els que intervinguin en qualsevol fase del tractament de les dades de caràcter personal estan obligats al secret professional pel que fa a les dades i al deure de guardar-les"

**DIRECCIÓ GENERAL DE GESTIÓ ECONÒMICA I FARMÀCIA
CONSELLERIA DE SALUT**