

D./D^a .

Con DNI n.º _____, **responsable técnico del almacén de distribución de productos sanitarios**

con la **titulación sanitaria** .

DECLARA,

1.- Que no realiza el ejercicio clínico de la medicina, de la odontología, de la veterinaria, así como de otras profesiones sanitarias con facultad para prescribir o indicar la dispensación de medicamentos o productos sanitarios (enfermería, podología, fisioterapia).

2.- Que no realiza ninguna actividad profesional en horario incompatible con su dedicación horaria como responsable técnico.

3.- Que realiza las siguientes otras actividades (descripción, empresa y horario):

a)

b)

c)

d)

Esta declaración se realiza a efectos de garantizar la independencia exigida en el artículo 4 del Real Decreto Legislativo 1/2015, de 24 de julio, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios.

En _____, a _____ de _____ de 20____

Firma

Sello