**SOLICITUD DE AUTORIZACION DE APERTURA, TRASLADO, MODIFICACIÓN O CAMBIO DE TITULARIDAD DE OFICINA DE FARMACIA**

1. **DATOS DEL SOLICITANTE**

|  |
| --- |
| D/Dª  |
| DNI  | Solicitante o representante legal  |
| Domicilio del solicitante  | C.P.  |
| Localidad  | Teléfonos  | 1-2- |
| Correo electrónico (a efectos de notificación) |

1. **DATOS DE LA OFICINA DE FARMACIA**

|  |
| --- |
| Titular/es (en caso de nueva apertura: farmacéutico/s solicitante/s) --  |
| DNI |
| Dirección de la oficina de farmacia | Teléfonos: | 1- 2-  |
| Localidad  | C.P. |
| Correo electrónico  |

**TIPO DE SOLICITUD Y DOCUMENTACION.**

|  |
| --- |
| **[ ]**   **Apertura** |
| 1. En caso de que no autorice al Departamento de Salud a recabar los datos de la titulación académica para la tramitación y resolución del expediente: Título de licenciado en Farmacia (fotocopia o mención a que el título está registrado en el Departamento de Salud, especificando libro y folio).
2. En caso de que no autorice al Departamento de Salud a recabar los datos de DNI para la tramitación y resolución del expediente: DNI (fotocopia).
3. Designación de local donde pretenda ubicarse la oficina de farmacia, acompañando la siguiente documentación:
	1. Certificado de técnico competente, con mención del estado de construcción, superficie útil, características del local, incluyendo número de plantas y su altura, condiciones de acceso a la vía pública y distancia a otras oficinas de farmacia abiertas y/o autorizadas.
	2. Planos de situación, de medición de distancias (preferible a escala 1:500) y del local, con detalle de la distribución actual y la prevista.
4. Justificante de pago de la tasa correspondiente.
 |
| **[ ]**  **Traslado**  |
| 1. Designación de local donde pretenda ubicarse la oficina de farmacia, indicando la nueva dirección, acompañando la siguiente documentación:
	1. Certificado de técnico competente, con mención del estado de construcción, superficie útil, características del local, incluyendo número de plantas y su altura, condiciones de acceso a la vía pública y distancia a otras oficinas de farmacia abiertas y/o autorizadas.
	2. Planos de situación, de medición de distancias (preferible a escala 1:500) y del local, con detalle de la distribución actual y la prevista.
2. Justificante de pago de la tasa correspondiente.
 |
| **[ ]  Modificación de locales (Aumento o disminución de superficie y/o distribución, modificación del acceso)** |
| 1. Descripción de la modificación:
	1. Certificado de técnico competente, con superficie útil, características del local, incluyendo número de plantas y su altura, condiciones de acceso a la vía pública y distancia a otras oficinas de farmacia abiertas y/o autorizadas, si hay modificación de acceso.
	2. Planos de situación, de medición de distancias (preferible a escala 1:500) y del local, con detalle de la distribución actual y la prevista.
2. Justificante de pago de la tasa correspondiente.
 |
| **[ ]  Cambio de titularidad** |
| 1. En caso de que no autorice al Departamento de Salud a recabar los datos de la titulación académica para la tramitación y resolución del expediente: Título de licenciado en Farmacia del nuevo titular propuesto (fotocopia compulsada o mención a que el título está registrado en el Departamento de Salud, especificando libro y folio).
2. Documento acreditativo del acuerdo para la modificación de la titularidad, firmado por el titular actual y por nuevo titular propuesto.
3. Justificante de pago de la tasa correspondiente.
 |

Autorizo al Gobierno de Navarra a recabar de otras Administraciones Públicas los datos de DNI y titulación académica necesarios para la tramitación y resolución del expediente

 SI 🗆 NO 🗆

El interesado, en base a los datos declarados, solicita le sea concedida la autorización correspondiente y se da por enterado que, de conformidad con lo establecido con el anexo 2 de la Ley Foral 15/2004, de 3 de diciembre, de la Administración de la Comunidad Foral de Navarra, debe resolver su solicitud en el plazo de 3 meses, entendiéndose denegada en caso de no resolver expresamente.

Los datos personales aportados en esta solicitud serán incluidos en el Registro de Centros, Servicios y Establecimientos Sanitarios, del Departamento de Salud del Gobierno de Navarra, de acuerdo a lo previsto en la Ley 15/1999, de protección de datos de carácter personal.

Fecha

Firma(s) del solicitante(s)