**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)