



CIUDAD AUTÓNOMA  
DE  
**MELILLA**

Consejería de Bienestar Social y Sanidad  
Secretaría Técnica

**ANEXO I.- MODELO DE SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN DE FARMACÉUTICO  
REGENTE**

DATOS DE LOS HEREDEROS DEL FARMACÉUTICO O REPRESENTANTE LEGAL		
Nombre	Apellido 1	Apellido 2

OFICINA DE FARMACIA	
Nº de Registro	Calle

El arriba referenciado, **SOLICITA**, al amparo de lo dispuesto en el art. 10 del Decreto nº 1023, de 15 de marzo de 2007 que aprueba Reglamento Regulator de Planificación Farmacéutica y de los Procedimientos de Autorización relativos a las Oficinas de Farmacia (BOME nº 4383, 20/03/2007), **AUTORIZACIÓN** para la **DESIGNACIÓN** de un **Farmacéutico Regente** por un periodo máximo de \_\_\_\_\_ para prestar servicios en la Oficina arriba citada. (No podrá exceder de 18 meses), con ocasión de:

(Tache lo que proceda)

- a.- Fallecimiento
- b.- Incapacidad física o psíquica que suponga la imposibilidad de asumir la gestión inherente a la titularidad de la farmacia.
- c.- Declaración judicial de incapacitación o ausencia.

\* Se deberá acompañara la documentación que justifique la solicitud

DATOS DEL FARMACÉUTICO REGENTE PROPUESTO		
Nombre	Apellido 1	Apellido 2

En Melilla a, \_\_\_\_\_ de 2 \_\_\_\_\_

El Representante Legal o Herederos del Farmacéutico

Fdo. \_\_\_\_\_

A LA DIRECCIÓN GENERAL DE SANIDAD Y CONSUMO  
CONSEJERÍA DE BIENESTAR SOCIAL Y SANIDAD

MELILLA