CIUDAD AUTÓNOMA
DE
MELILLA
Consejería de Bienestar Social y Sanidad
Secretaría Técnica

3º	CONSENTIMIENTO EXPRESO DNI/NIE

☐ La persona firmante presta su consentimiento para la consulta de sus datos de identidad a través del Sistema de Verificación de identidad

☐ NO CONSIENTE y aporta fotocopia autenticada del DNI/NIE

4º	DOCUMENTACIÓN ADJUNTA

☐ FOCOPIA AUTENTICADA O COTEJADA DEL TITULO DE LICENCIADO EN FARMACIA

☐ JUSTIFICANTE DEL PAGO DE LA TASA

☐ AUTOBAREMACIÓN ANEXO III

☐ DECLARACIÓN DE SER O NO SER TITULAR O COTITULAR DE OFICINA DE FARMACIA (ANEXO IV)

☐ ACREDITACIÓN DE DISCPACIDAD

☐ OTRA DOCUMENTACIÓN

.....

5º	ORDEN DE PREFERENCIA (SEÑALE LA ZONA DE PREFERENCIA)

1º.....

2º.....

3º.....

6º	SOLICITUD, DECLARACIÓN LUGAR, FECHA Y FIRMA

La persona abajo firmante DECLARA bajo su expresa responsabilidad que son ciertos cuantos datos figuran en la presente solicitud, así como en la documentación adjunta, y que considera que reúne los requisitos de la convocatoria y SOLICITA su admisión e el proceso de adjudicación de oficinas de farmacias que se convocan

En a de de

EL /LA SOLICITANTE

Fdo.....

EXCMA. SRA CONSEJERA DE BIENESTAR SOCIAL Y SANIDAD

PROTECCIÓN DE DATOS

En cumplimiento de lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, la Consejería de Bienestar Social y Sanidad, le informa que los datos personales obtenidos mediante la complementación de este documento/impreso/formulario y de más que se adjuntan van a ser incorporados, para su tratamiento en un fichero automatizado. Asimismo, se le informa que la recogida y tratamiento de dichos datos tienen como finalidad la resolución del concurso.

De acuerdo con lo previsto en la citada Ley Orgánica, puede ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición dirigiendo un escrito a la Dirección General de Sanidad y Consumo, sita en la Carretera Alfonso XIII, 52-54. 52002. Melilla