Datos Oficina de Farmacia					
Nombre o Razón Social				**Código Sanidad**	
Domicilio				**CP**	
Localidad		**Provincia**			

Datos Titular Oficina de Farmacia *(firmante de la comunicación)*					
Nombre		**Apellidos**		**Nº Colegiada/o**	
Teléfono		**Correo electrónico**			

Solicita la AUTORIZACION DEL NOMBRAMIENTO COMO ADJUNTA/O por parte del COFC de:

Datos Farmacéutica/o propuesta/o					
Nombre		**Apellidos**			
DNI		**Nº Colegiada/o**		**Teléfono**	
Correo electrónico					

***Nota₁:** La/el farmacéutica/o propuesta/o hace constar su conformidad firmando el presente escrito y declara no tener incompatibilidad que se oponga a esta modalidad de ejercicio.*

Por un **PERÍODO DE TIEMPO:**

☐ **Indefinido. Fecha de inicio:**

☐ **Temporal. Fecha de inicio:** **y Fecha de Fin:**

Con la siguiente **JORNADA LABORAL** *(marcar la/s opción/es necesaria/s)***:**

☐	Jornada completa ordinaria. Horario continuo ☐/ Horario partido ☐.
	Observaciones:
☐	Jornada completa (noches)
☐	Parcial Mañanas. Observaciones:
☐	Parcial Tardes. Observaciones:
☐	Parcial Noches. Observaciones:

***Nota₂:** Sin perjuicio de posibles cambios que eventualmente pudieran producirse en la jornada por causa de prestación del servicio de urgencia o turnos de trabajo.*

En **a** **de** enero **20** **.**

Firma Farmacéutica/o propuesta/o	**Firma Titular Oficina de Farmacia**