| | | |
|---|---|---|
| cofc Colegio Oficial de Farmacéuticos de la Provincia de A Coruña | **SOLICITUD AUTORIZACIÓN NOMBRAMIENTO FARMACEUTICA/O ADJUNTA/O** | Edición: 01<br>Página **1** de **1** |

| **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 AUTORIZACIÓN 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 ☐.<br>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** |
|---|---|
| | |