

Datos Oficina de Farmacia			
Nombre		Código Sanidad	
Domicilio		CP	
Localidad		Provincia	

Datos Titular Oficina de Farmacia <i>(firmante de la comunicación)</i>			
Nombre		Apellidos	
DNI		Dirección	
Teléfono		Correo electrónico	

Solicita la **AUTORIZACIÓN DEL NOMBRAMIENTO COMO FARMACÉUTICA/O SUSTITUTA/O** de:

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

Para el **PERÍODO DE TIEMPO**: Fecha de inicio:

y Fecha de Fin:

*\*Nota<sub>1</sub>: el farmacéutica/o propuesto hace constar su conformidad firmando el presente escrito y declara no tener incompatibilidad que se oponga a esta modalidad de ejercicio.*

*\*Nota<sub>2</sub>: el contrato de trabajo del farmacéutica/o sustituta/o será a jornada completa.*

**MOTIVO DE LA SUSTITUCIÓN** *(marcar con una X la opción necesaria):*

<input type="checkbox"/>	Vacaciones.
<input type="checkbox"/>	Permiso de maternidad o paternidad.
<input type="checkbox"/>	Enfermedad, incapacidad física y / o psíquica transitoria.
<input type="checkbox"/>	Estudios relacionados con la profesión.
<input type="checkbox"/>	Ocupación de cargos públicos.
<input type="checkbox"/>	Inhabilitada/o profesionalmente
<input type="checkbox"/>	Condenada/o a pena privativa de libertad que suponga ingreso efectivo en prisión impuesta por sentencia penal firme.
<input type="checkbox"/>	Otras circunstancias análogas que impidan el desarrollo de sus funciones (especificar).
<input type="checkbox"/>	

Firma Titular Oficina Farmacia	Firma Farmacéutica/o Propuesta/o

En                      a                      de                      de 20                      .