



| PROCEDEMENTO                                                                                                                           | CÓDIGO DO PROCEDEMENTO | DOCUMENTO   |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------|-------------|
| DECLARACIÓN RESPONSABLE PARA A PREPARACIÓN E ENTREGA DE SISTEMAS PERSONALIZADOS DE DOSIFICACIÓN POLAS OFICINAS DE FARMACIA DE GALICIA. | AA000A                 | DECLARACIÓN |

|                             |                |                  |                    |                 |            |       |       |
|-----------------------------|----------------|------------------|--------------------|-----------------|------------|-------|-------|
| DATOS DA PERSOA SOLICITANTE |                |                  |                    |                 |            |       |       |
| NOME                        |                | PRIMEIRO APELIDO |                    | SEGUNDO APELIDO |            | NIF   |       |
|                             |                |                  |                    |                 |            |       |       |
| TIPO                        | NOME DA VÍA    |                  |                    | NÚM.            | BLOQ.      | ANDAR | PORTA |
|                             |                |                  |                    |                 |            |       |       |
| PARROQUIA                   |                |                  |                    | LUGAR           |            |       |       |
|                             |                |                  |                    |                 |            |       |       |
| CÓDIGO POSTAL               | PROVINCIA      |                  | CONCELLO           |                 | LOCALIDADE |       |       |
|                             |                |                  |                    |                 |            |       |       |
| TELÉFONO                    | TELÉFONO MÓBIL |                  | CORREO ELECTRÓNICO |                 |            |       |       |
|                             |                |                  |                    |                 |            |       |       |

|                                                                                                                |  |                  |  |                 |  |     |  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|------------------|--|-----------------|--|-----|--|
| Y, NA SÚA REPRESENTACIÓN (deberá acreditarse a representación fehaciente por calquera medio válido en dereito) |  |                  |  |                 |  |     |  |
| NOMBE/RAZÓN SOCIAL                                                                                             |  | PRIMEIRO APELIDO |  | SEGUNDO APELIDO |  | NIF |  |
|                                                                                                                |  |                  |  |                 |  |     |  |

|                                                                                                                                                                                                                                   |                    |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|
| DATOS A EFECTOS DE NOTIFICACIÓN                                                                                                                                                                                                   |                    |
| Todas as notificacións ás persoas interesadas realizaranse so por medios electrónicos a través do Sistema de notificación electrónica de Galicia-Notifica.gal <a href="https://notifica.xunta.gal">https://notifica.xunta.gal</a> |                    |
| Só se poderá acceder á notificación co certificado electrónico ou Chave365.                                                                                                                                                       |                    |
| Enviaranse avisos de posta a disposición da notificación no correo electrónico e/ou teléfono móbil facilitados a continuación:                                                                                                    |                    |
| TELÉFONO MÓBIL                                                                                                                                                                                                                    | CORREO ELECTRÓNICO |
|                                                                                                                                                                                                                                   |                    |

|                                                                                                          |                |  |                    |        |            |       |       |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|--|--------------------|--------|------------|-------|-------|
| DATOS DA OFICINA DE FARMACIA                                                                             |                |  |                    |        |            |       |       |
| NOME E APELIDOS DO TITULAR DA OFICINA DE FARMACIA (en caso de ser varios indicaranse todos os titulares) |                |  |                    |        |            |       |       |
|                                                                                                          |                |  |                    |        |            |       |       |
| TIPO DE VÍA                                                                                              | NOME DA VÍA    |  |                    | NÚMERO | BLOQ.      | ANDAR | PORTA |
|                                                                                                          |                |  |                    |        |            |       |       |
| CÓDIGO POSTAL                                                                                            | PROVINCIA      |  | CONCELLO           |        | LOCALIDADE |       |       |
|                                                                                                          |                |  |                    |        |            |       |       |
| TELÉFONO                                                                                                 | TELÉFONO MÓBIL |  | CORREO ELECTRÓNICO |        |            |       |       |
|                                                                                                          |                |  |                    |        |            |       |       |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |  |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| A PERSONA SOLICITANTE OU REPRESENTANTE DECLARA:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |  |
| 1. Que a entidade titular comprométese a comunicar calquera variación das condicións declaradas, así como calquera incidencia que puidese afectar á calidade das funcións que se van desenvolver.                                                                                                                                                                                                     |  |
| 2. Que todos os datos contidos nesta solicitude e nos documentos que se presentan son certos.                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |  |
| 3. Que dispón da documentación que acredita o cumprimento dos requisitos establecidos no Decreto xx/2021, do xx de xxxx, polo que se regulan as condicións e os requisitos para a preparación e entrega dos Sistemas Personalizados de Dosificación nas oficinas de farmacia de Galicia, a cal se manterá a disposición das autoridades sanitarias competentes en materia de inspección farmacéutica. |  |
| 4. Comunicarase o cese da actividade ao Servizo de Planificación, Aseguramento e Ordenación Sanitaria correspondente, no seu caso.                                                                                                                                                                                                                                                                    |  |
| DOCUMENTACIÓN QUE SE PRESENTA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |  |
| <input type="checkbox"/> Procedementos Normalizados de Traballo relativos a esta actividade                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  |
| <input type="checkbox"/> Listado de persoal que vai participar na preparación e entrega de SPD                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  |
| <input type="checkbox"/> Documentación acreditativa da formación recibida polos/polas farmacéuticos/as titulares da oficina de farmacia e todo aquel persoal farmacéutico ou técnico que vaia participar na preparación de SPD.                                                                                                                                                                       |  |
| <input type="checkbox"/> Plano das instalacións no que se detalle a zona de elaboración de SPD.                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |  |
| <input type="checkbox"/> Listado de equipamento e utillaxe.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  |
| <input type="checkbox"/> Descrición do tipo de sistemas personalizados de dosificación de medicamentos a utilizar.                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  |

|                                                                                                                                                                                                                                    |  |                    |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--------------------|
| COMPROBACIÓN DE DATOS                                                                                                                                                                                                              |  | OPÓÑOME Á CONSULTA |
| Os documentos relacionados serán obxecto de consulta ás administracións públicas. En caso de que as persoas interesadas se opoñan a esta consulta, deberán indicalo no recadro correspondente e aportar unha copia dos documentos. |  |                    |
| DNI/NIE da persoa solicitante                                                                                                                                                                                                      |  |                    |
| DNI/NIE da persoa representante                                                                                                                                                                                                    |  |                    |



**INFORMACIÓN BÁSICA SOBRE A PROTECCIÓN DE DATOS PERSONAIS**

|                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
|------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Responsable do tratamento                                              | Xunta de Galicia. Consellería de Sanidade.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| Finalidades do tratamento                                              | Tramitar este procedemento, verificar os datos e documentos que o solicitante aporte na súa solicitude para comprobar a exactitude destes, levar a cabo as actuacións administrativas que se deriven e informar sobre o estado de tramitación. Así mesmo, os datos persoais se incluírán na Carpeta cidadá de cada persoa interesada para facilitar o acceso á información, tanto persoal como de carácter administrativo e nas bases de datos da Consellería de Sanidade. |
| Lexitimación para o tratamento                                         | O cumprimento dunha misión realizada en interese público ou no exercicio de poderes públicos segundo a normativa recollida no formulario, na páxina <a href="https://www.xunta.gal/informacion-xeral-proteccion-datos">https://www.xunta.gal/informacion-xeral-proteccion-datos</a> e na ficha do procedemento na Guía de procedementos e servizos. Consentimento das persoas interesadas, cando corresponda.                                                              |
| Destinatarios dos datos                                                | As Administracións públicas no exercicio das súas competencias.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| Exercicio de dereitos                                                  | As persoas interesadas poderán solicitar o acceso, rectificación, oposición, limitación e supresión dos seus datos ou retirar, no seu caso, o consentimento outorgado a través da sede electrónica da Xunta de Galicia ou nos lugares e rexistros establecidos na normativa reguladora do procedemento administrativo común, segundo se recolle en <a href="https://www.xunta.gal/exercicio-de-dereitos">https://www.xunta.gal/exercicio-de-dereitos</a>                   |
| Contacto coa persoa delegada de protección de datos e mais información | <a href="https://www.xunta.gal/proteccion-datos-persoais">https://www.xunta.gal/proteccion-datos-persoais</a>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |

**LEXISLACIÓN APLICABLE**

Real Decreto Lexislativo 1/2015, do 24 de xullo, polo que se aproba o texto refundido da Lei de garantías e uso racional dos medicamentos e produtos sanitarios.

Lei 3/2019, do 2 de xullo, de ordenación farmacéutica de Galicia.

Decreto xx/2021, do xx de xxxx, polo que se regulan as condicións e os requisitos para a preparación e entrega dos Sistemas Personalizados de Dosificación nas oficinas de farmacia de Galicia

**SINATURA DA PERSONA SOLICITANTE OU REPRESENTANTE**

Lugar e data

,

de

de

galicia

Xefatura Territorial da Consellería de [Sanidade] de \_\_\_\_\_

[Combo delegación]

