

MODELO DE COMUNICACIÓN DE HORARIO AMPLIADO DE OFICINA DE FARMACIA

NOMBRE: D/D^a APELLIDOS

N.I.F.

TITULAR/COTITULAR/REGENTE DE LA OFICINA DE FARMACIA SITUADA EN CALLE

Nº. , CÓDIGO POSTAL , NÚMERO DE FARMACIA

TFNO. (1) TFNO. (2)

FAX CORREO ELECTRÓNICO

DECLARO QUE:

Estoy interesado/a en realizar/ modificar (táchese lo que no proceda) el horario ampliado de oficina de farmacia en el módulo siguiente:

- Módulo A: Horario mínimo de cada localidad de lunes a viernes con apertura los sábados por la mañana, exceptuando los días festivos.
- Módulo B: De lunes a domingo, todos los días del año, desde la hora de apertura de la localidad hasta las 21:30 horas.
- Módulo C: De lunes a sábado, exceptuando los días festivos, desde la hora de apertura de la localidad hasta las 21:30 horas.
- Módulo D: De lunes a sábado, exceptuando los festivos, desde la hora de apertura matinal de la localidad a cierre matinal y desde la hora de apertura vespertina de la localidad a 21:30 horas.
- Módulo E: De lunes a domingo, todos los días del año, desde la hora de apertura matinal de la localidad a cierre matinal, y desde la hora de apertura vespertina de la localidad a 21:30 horas.
- Módulo F: Veinticuatro horas continuadas todos los días del año.

Me comprometo a aportar antes del 1 de enero del año en que realice el horario ampliado una copia autenticada de los contratos laborales firmados o de sus modificaciones.

La inexactitud, falsedad u omisión, de carácter esencial, de cualquier dato que se incorpore a una comunicación, o la no presentación de la documentación que sea en su caso requerida para acreditar el cumplimiento de la comunicación, determinará la imposibilidad **de realizar o continuar realizando** el horario ampliado, previa resolución del órgano directivo competente en materia de ordenación farmacéutica, garantizándose con anterioridad la audiencia al interesado”.

En , a de de 201
Firma:

COLEGIO OFICIAL DE FARMACÉUTICOS DE
C/ NÚMERO