

**Anexo III – Farmacéutico adjunto de oficina de farmacia
Declaración de no incurrir en incompatibilidad**

D/D^a....., farmacéutico/a,

con DNI **DECLARA:**

- 1) Que **SÍ/NO*** es personal dependiente de cualquiera de las Administraciones Públicas, comprendido en el ámbito de aplicación de la Ley 53/1984, de 26 de diciembre, de Incompatibilidades del Personal al servicio de las Administraciones Públicas. **SÍ NO**
- 2) Que **SÍ/NO*** desempeña actividad profesional alguna en el ámbito del sector público. **SÍ NO**
- 3) Que no realiza actividad privada alguna que suponga impedimento o incompatibilidad para el ejercicio profesional como farmacéutico adjunto en oficina de farmacia.
- 4) Que no se encuentra incurso en ninguna de las causas de incompatibilidad recogidas en el artículo 7 de la Ley 13/2022, de 21 de diciembre, de Ordenación y Atención Farmacéutica de la Comunidad de Madrid.
- 5) Que cumple las garantías de independencia establecidas en el artículo 4 del Real Decreto Legislativo 1/2015, de 24 de julio, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios.

(*) Marque lo que proceda.

6) Rellenar en el supuesto de desarrollar alguna actividad en el sector público o en el sector privado:

A - Sector Público:

Es personal dependiente de la Administración.....
perteneciente al cuerpo.....
puesto de trabajo

B - Sector Privado:

Actividad profesional que desarrolla en el sector privado.....

7) Rellenar por el farmacéutico adjunto (tanto en el supuesto de jornada completa como de jornada parcial):

Oficina de farmacia nº, Jornada y Horario efectivo de trabajo

Oficina de farmacia nº, Jornada y Horario efectivo de trabajo

Oficina de farmacia nº, Jornada y Horario efectivo de trabajo

En....., a..... de..... de.....

FIRMA