Anexo I – Declaración de no incurrir en incompatibilidad para farmacéutico titular de oficina de farmacia

D/Dª……....., farmacéutico/a, con DNI n. °…….. **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.

2) Que **SÍ/NO*** desempeña actividad profesional alguna en el ámbito del sector público.

3) Que no realiza actividad privada alguna que suponga impedimento o incompatibilidad para el ejercicio de las funciones inherentes a su condición de farmacéutico ejerciente en calidad de titular en la oficina de farmacia, conforme a lo previsto en el artículo 18.1 de la Ley 13/2022, de 21 de diciembre, de Ordenación y Atención Farmacéutica de la Comunidad de Madrid.

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, y en el artículo 3 del Real Decreto 824/2010, de 25 de junio, por el que se regulan los laboratorios farmacéuticos, los fabricantes de principios activos de uso farmacéutico y el comercio exterior de medicamentos y medicamentos en investigación.

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.

(*) Táchese lo que no 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…….
o desempeña el puesto de trabajo de……...
y que se compromete a cumplimentar ante la Administración Pública de la que depende, la declaración de compatibilidad de actividades, según corresponda, conforme determina la Ley 53/1984, de 26 de diciembre, de Incompatibilidades del Personal al servicio de las Administraciones Públicas, y el Real Decreto 598/1985, de 30 de abril, que la desarrolla, presentando ante la Administración de la Comunidad de Madrid el documento que justifique el cumplimiento de las obligaciones que la citada normativa dispone.

B- Sector Privado:

Actividad profesional que desarrolla en el sector privado…….....
Categoría profesional……..…….
Jornada laboral…….

En……, a……03. de julio……..... de….2025.

FIRMA

Los datos personales recogidos en este formulario serán tratados de conformidad con el nuevo Reglamento Europeo (UE) 2016/679 de Protección de Datos. La información relativa a los destinatarios de los datos, la finalidad y las medidas de seguridad, así como cualquier información adicional

DESTINATARIO	Consejería de Sanidad Dirección General de Inspección, Ordenación y Estrategia Sanitaria

Limpiar campos | Imprimir | Guardar