

DECLARACIÓN DE NO INCURRIR EN INCOMPATIBILIDAD PARA SER FARMACÉUTICO ADJUNTO DE OFICINA DE FARMACIA

D/D^a....., farmacéutico/a,
con DNI nº DECLARA:

- 1) Que **SI / 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.
- 2) Que **SI / NO *** desempeña actividad profesional alguna en el ámbito del sector público.
- 3) Que **SI / NO *** realiza actividad privada alguna que suponga impedimento para el ejercicio profesional como farmacéutico adjunto en oficina de farmacia.
- 4) Que no se encuentra incurso/a en ninguna de las causas de incompatibilidad recogidas en el artículo 57 de la Ley 19/1998, de 25 de noviembre, 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, 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..... 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, de..... de

Fdo.:..... (el declarante)