

ANNEX 1

Sol·licitud per participar en el concurs de mèrits per a l'adjudicació d'una oficina de farmàcia a la zona farmacèutica de.....

CODI SIA¹

| | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|

| | |
|-------------------------------|--|
| DESTINACIÓ² | |
| CODI DIR³ | |

SOL·LICITANT

| | | | | | |
|------------------------|--|-------------------|--|----------|--|
| Persona física | | | | | |
| DNI/NIE | | Nom | | | |
| Llinatge 1 | | Llinatge 2 | | | |
| Adreça electrònica | | | | | |
| Adreça postal | | | | | |
| Codi postal | | Localitat | | Municipi | |
| Província ⁴ | | País ⁴ | | | |
| Telèfon | | Fax | | | |

REPRESENTANT⁵

| | | | | | |
|--|----------------|--------------------|---------------|----------|--|
| DNI/NIE | | Nom | | | |
| Llinatge 1 | | Llinatge 2 | | | |
| NIF | | Denominació social | | | |
| Adreça electrònica | | | | | |
| Adreça postal | | | | | |
| Codi postal | | Localitat | | Municipi | |
| Província ⁴ | | País ⁴ | | | |
| Telèfon | | Fax | | | |
| Mitjà d'acreditació de la representació⁶ | REA Núm. _____ | | Altres: _____ | | |

EXPÒS:

SOL·LICIT:

DOCUMENTACIÓ ADJUNTA RELATIVA A LA TITULARITAT D'UNA OFICINA DE FARMÀCIA

☐ SÍ

☐ NO

VERIFICACIÓ I CONSULTA TELEMÀTICA DE LES DADES D'IDENTITAT

Autoritz la consulta i verificació telemàtica per part de la Conselleria de Salut de les meves dades d'identitat (DNI o NIE).

☐ M'opos a la consulta i verificació telemàtica de les meves dades d'identitat (DNI o NIE), i per tant adjuntaré el document identificatiu corresponent.

DOCUMENTACIÓ QUE S'ADJUNTA

(Aquesta numeració ha de coincidir amb la que figuri en cadun dels documents)

1.

2.

3.

4.

5.

6.

7.

8.

9.

| |
|-----|
| 10. |
| 11. |
| 12. |
| 13. |
| 14. |
| 15. |
| 16. |
| 17. |
| 18. |
| 19. |
| 20. |
| 21. |
| 22. |
| 23. |
| 24. |
| 25. |
| 26. |
| 27. |
| 28. |
| 29. |
| 30. |
| 31. |
| 32. |
| 33. |
| 34. |
| 35. |
| 36. |
| 37. |
| 38. |
| 39. |
| 40. |

| |
|-----|
| 41. |
| 42. |
| 43. |
| 44. |
| 45. |
| 46. |
| 47. |
| 48. |
| 49. |
| 50. |
| 51. |
| 52. |
| 53. |
| 54. |
| 55. |

INFORMACIÓ SOBRE PROTECCIÓ DE DADES PERSONALS

De conformitat amb el Reglament (UE) 2016/679 del Parlament Europeu i del Consell, de 27 d'abril de 2016, relatiu a la protecció de les persones físiques pel que fa al tractament de dades personals i a la lliure circulació d'aquestes dades i pel qual es deroga la Directiva 95/46/CE (Reglament general de protecció de dades), i amb la legislació vigent en matèria de protecció de dades, s'informa del tractament de dades personals que conté aquesta sol·licitud.

Finalitat del tractament i base jurídica: tramitació de la convocatòria d'un concurs de mèrits per a l'adjudicació d'oficines de farmàcia d'acord amb la Llei 7/1998, de 12 de novembre, d'ordenació farmacèutica de les Illes Balears, i d'acord amb el Decret 25/1999, de 19 de març, pel qual s'aproven les zones farmacèutiques de les Illes Balears i el procediment per a l'autorització de noves oficines de farmàcia, en la redacció que ambdues disposicions presentaven el dia 27 d'abril de 2010.

Responsable del tractament: Direcció General de Prestacions, Farmàcia i Consum.

Destinatari de les dades personals: no se cediran les dades personals a tercers, tret que hi hagi obligació legal o interès legítim d'acord amb el RGPR.

Termini de conservació de les dades personals: serà d'aplicació el que preveu la normativa d'arxius i documentació.

Existència de decisions automatitzades: no n'hi ha.

Transferències de dades a tercers països: les dades no es transferiran a tercers països.

Exercici de drets i reclamacions: la persona afectada pel tractament de dades personals pot exercir els seus drets d'informació, d'accés, de rectificació, de supressió, de limitació, de portabilitat, d'oposició i de no inclusió en tractaments automatitzats (i, fins i tot, de retirar el consentiment, si és el cas, en els termes que estableix el RGPD) davant el responsable del tractament esmentat abans, mitjançant el procediment denominat *Sol·licitud d'exercici de drets en matèria de protecció de dades personals*, publicat en la seu electrònica de la CAIB.

Amb posterioritat a la resposta del responsable o al fet que no hi hagi resposta en el termini d'un mes, pot presentar la *Reclamació de tutela de drets* davant l'Agència Espanyola de Protecció de Dades (AEPD).

Delegació de Protecció de Dades: la Delegació de Protecció de Dades de l'Administració de la Comunitat Autònoma de les Illes Balears té la seu a la Conselleria de Presidència i Administracions Públiques (Passeig de Sagrera, 2, 07012 Palma). Adreça electrònica de contacte: protecciondades@dpd.caib.es

_____, de/d _____ de 2024

[rúbrica]

INSTRUCCIONS

Escriuiu preferentment en majúscules, sobretot en l'apartat de dades personals.

1. Codi d'identificació del procediment. L'ha de consignar l'Administració.
2. Indicau l'òrgan al qual s'adreça la comunicació: Direcció General de Prestacions i Farmàcia.
3. Escriuiu el codi d'identificació corresponent a l'òrgan (DIR3). Si no el sabeu, podeu cercar-lo a la pàgina web d'atenció a la ciutadania del Govern de les Illes Balears o demanar-lo a les oficines del Registre.
4. La província o el país només han de figurar si l'adreça de notificació està ubicada en una altra comunitat autònoma o en un país estranger.
5. En el cas que formalitzi la comunicació un representant, s'han de consignar totes les dades del sol·licitant en l'apartat corresponent («Persona interessada»).
6. Si acrediteu la representació per un mitjà diferent de la inscripció en el Registre electrònic d'apoderaments (REA), heu de presentar el document que l'acrediti i, en l'apartat «Documentació que s'adjunta», hi heu de fer constar que presentau aquesta acreditació.



G CONSELLERIA
O SALUT I CONSUM
I DIRECCIÓ GENERAL
B PRESTACIONS
/ I FARMÀCIA

ANNEX 2

DECLARACIÓ RESPONSABLE

CODI SIA¹

| | |
|-------------------------|--|
| DESTINACIÓ ² | |
| CODI DIR ³ | |

DECLARANT

| | | | |
|------------------------|--|-------------------|----------|
| DNI/NIE | | Nom | |
| Llinatge 1 | | Llinatge 2 | |
| Adreça electrònica | | | |
| Adreça postal | | | |
| Codi postal | | Localitat | Municipi |
| Província ⁴ | | País ⁴ | |
| Telèfon | | Fax | |

REPRESENTANT⁵

| | | | |
|--|---------------|--------------------|----------|
| DNI/NIE | | Nom | |
| Llinatge 1 | | Llinatge 2 | |
| NIF | | Denominació social | |
| Adreça electrònica | | | |
| Adreça postal | | | |
| Codi postal | | Localitat | Municipi |
| Província ⁴ | | País ⁴ | |
| Telèfon | | Fax | |
| Mitjà d'acreditació de la representació ⁶ | REA Núm. ____ | Altres: _____ | |



DECLAR:

Que he estat titular/ cotitular de l'oficina de farmàcia _____, des de ____/____/____ fins a la data de la transmissió, autoritzada mitjançant la Resolució de _____ de ____/____/____, per la qual cosa no estic incurs en cap causa de prohibició per raó de titularitat/cotitularitat per participar en el concurs per a l'adjudicació d'una oficina de farmàcia a _____.

....., d..... de 2024

[rúbrica]

INSTRUCCIONS

Escriviu preferentment en majúscules, sobretot en l'apartat de dades personals.

1. Codi d'identificació del procediment. L'ha de consignar l'Administració.
2. Indicau l'òrgan al qual adreçau la declaració responsable: Direcció General de Prestacions i Farmàcia.
3. Escriviu el codi d'identificació corresponent a l'òrgan (DIR3). Si no el sabeu, podeu cercar-lo a la pàgina web d'atenció a la ciutadania del Govern de les Illes Balears o demanar-lo a les oficines del Registre.
4. La província o el país només han de figurar si l'adreça de notificació està ubicada en una altra comunitat autònoma o en un país estranger.
5. En el cas que formalitzi la declaració responsable un representant, s'han de consignar totes les dades del declarant en l'apartat corresponent («Declarant»).
6. Si acrediteu la representació per un mitjà diferent de la inscripció en el Registre electrònic d'apoderaments (REA), heu de presentar el document que l'acrediti i, en l'apartat «Documentació que s'adjunta», hi heu de fer constar que presentau aquesta acreditació.



G CONSELLERIA
O SALUT I CONSUM
I DIRECCIÓ GENERAL
B PRESTACIONS
/ I FARMÀCIA

ANNEX 3

| Ordre de preferència per a l'adjudicació d'oficines de farmàcia |
|---|
| 1. |
| 2. |
| 3. |
| 4. |
| 5. |
| 6. |
| 7. |
| 8. |
| 9. |
| 10. |
| 11. |
| 12. |
| 13. |
| 14. |
| 15. |
| 16. |
| 17. |
| 18. |

Aquesta llista s'ha de presentar en el cas que en la convocatòria de concurs s'ofereixin diverses oficines de farmàcia, i en el cas que s'hagin convocat en la mateixa data diversos concursos per a l'adjudicació d'oficines de farmàcia.

L'oficina de farmàcia s'adjudicarà d'acord amb l'ordre de preferència establert en aquest document i es tendrà per efectuada la renúncia a la participació en els altres procediments de concurs de mèrits.

....., d..... de 2024

[rúbrica]



G CONSELLERIA
O SALUT I CONSUM
I DIRECCIÓ GENERAL
B PRESTACIONS
/ I FARMÀCIA

ANNEX 4

Autovaloració dels mèrits

A. Mèrits professionals. Puntuació per mes complet d'exercici. Puntuació màxima de l'apartat 25 punts

| | |
|--|--|
| A.1. Exercici amb nomenament com a farmacèutic regent, substituït o adjunt o com a farmacèutic titular en una oficina de farmàcia oberta al públic (0,1 punts/mes, amb un màxim de 20 punts) (data màxima d'acreditació de mèrits fins a 7 de juny de 2010): | |
| A.2. Exercici com a farmacèutic en serveis de farmàcia hospitalaris, sociosanitaris i penitenciaris (0,08 punts/mes, amb un màxim de 15 punts): | |
| A.3. Ocupació de llocs relacionats directament amb el medicament i les oficines de farmàcia a l'administració pública sanitària, bé sigui com a propietari, interí o contractat (0,08 punts/mes, amb un màxim de 14 punts): | |
| A.4. Exercici com a farmacèutic a l'Administració pública sanitària com a propietari, interí o contractat en llocs no relacionats directament amb el medicament i les oficines de farmàcia (0,07 punts/mes, amb un màxim de 13 punts): | |
| A.5. Exercici com a farmacèutic director tècnic, en laboratori de fabricació de medicaments, en distribució majorista de medicaments, en centres d'informació del medicament com a especialistes que en desenvolupen l'especialitat o en oficines de farmàcia sense nomenament d'adjunt, substituït o regent (0,06 punts/mes, amb un màxim de 13 punts): | |
| A.6. Exercici com a farmacèutic en qualsevol altra modalitat (0,05 punts/mes, amb un màxim de 8 punts): | |
| Total A: | |

B. Mèrits acadèmics. Puntuació màxima de l'apartat 9 punts

| | | |
|--|--|--|
| B.1. Per expedient acadèmic (màxim 6 punts). El coeficient de la divisió de la suma dels punts que resulten d'assignar: | | |
| Matrícules d'honor (6 punts per matrícula): | | |
| Excel·lents (5 punts per excel·lent): | | |
| Notables (4 punts per notable): | | |
| Nombre total d'assignatures valorades: | | |
| B.2. Per grau de llicenciat (0,5 punts, amb un màxim de 0,5 punts): | | |
| B.3. Per grau de doctorat (1 punt, però s'afegeixen 0,5 punts més per la qualificació de cum laude i/o premi extraordinari, amb un màxim d'1,5 punts): | | |
| B.4. Pel títol de farmacèutic especialista (amb un màxim de 2,5 punts): | | |
| Especialista en farmàcia hospitalària (2,5 punts): | | |
| Especialista en altres àmbits (1 punt): | | |
| Total B: | | |

C. Altres mèrits. Puntuació màxima de l'apartat 20 punts

| | | |
|---|--|--|
| C.1. Formació postgraduada: | | |
| C.1.1. Pel curs de diplomant en sanitat i altres diplomatures o títols d'especialistes universitaris en temes relacionats amb l'atenció farmacèutica (0,5 punts per diploma o títol, amb un màxim d'1,5 punts): | | |

| | | | |
|---|--|--|--|
| C.1.2. Per cursos d'especialització, perfeccionament i formació continuada, relacionats amb l'atenció farmacèutica (amb un màxim de 7 punts): | | | |
| -Acreditats per la Comissió de Formació Continuada, del sistema acreditador de l'SNS (0,05 punts per crèdits): | | | |
| -No acreditats per la CFC, però organitzats per l'administració sanitària, per la universitat, per la corporació farmacèutica i per institucions o societats científiques (a partir de cursos de 6 hores o de 2 crèdits) (0,004 punts/hora de curs complet o 0,025 punts/crèdit de curs complet): | | | |
| C.2. Experiència docent: | | | |
| C.2.1. Per l'exercici com a tutor de pràctiques tutelades (0,05 punts per mes, amb un màxim d'1,5 punts): | | | |
| C.2.2. Per la participació com a docent, en matèries relacionades amb l'atenció farmacèutica, en cursos de formació postgraduada (màxim 3 punts): | | | |
| -Acreditats per la Comissió de Formació Continuada (0,008 per hora): | | | |
| -No acreditats per la Comissió de Formació Continuada, però organitzats per l'administració sanitària, per la universitat, per la corporació farmacèutica, per les institucions o societats científiques (0,006 punts per hora): | | | |
| C.3. Publicacions i projectes (puntuació màxima de l'apartat 2 punts): | | | |

| | | |
|--|--|--|
| C.3.1. Per llibres publicats o treballs científics publicats en revistes especialitzades relacionats amb l'atenció farmacèutica (0,2 punts si és autor i fins al tercer lloc en el nombre d'ordre d'autors): | | |
| C.3.2. Per articles publicats i aportacions en reunions científiques (0,1 punts per treball o per aportació): | | |
| C.3.3. Per direcció de projectes d'investigació en temes relacionats amb el medicament i l'atenció farmacèutica (0,2 punts per projecte): | | |

| | | |
|---|--|--|
| C.4. Per coneixement oral i escrit de la llengua catalana (puntuació màxima de l'apartat 1 punt): | | |
| -Nivell A (0,50 punts): | | |
| -Nivell B i superiors (1 punt): | | |
| Total C: | | |

| | |
|---|--|
| RESULTAT TOTAL BAREMACIÓ (A+B+C) | |
|---|--|

_____, de/d _____ de 2024

[rúbrica]