COLEGIO OFICIAL DE FARMACÉUTICOS DE LA PROVINCIA DE ALICANTE
CALLE JORGE JUAN, 8 -03002 ALICANTE / COFALICANTE@COFALICANTE.COM

SOLICITUD

COMUNICACIÓN CESE DE PERSONAL CONTRATO EN OFICINAS DE FARMACIA

Fecha:

DATOS DE LA OFICINA DE FARMACIA:

Titular / Cotitular: DNI:

Titular / Cotitular: DNI:

Titular / Cotitular: DNI:

En nombre y representación de la Farmacia nº con CIF / NIF inscrita en el Colegio Oficial de Farmacéuticos de la Provincia de Alicante y de la cual ostenta su titularidad.

COMUNICA/N:

El cese de D/Dña. que prestó servicios en esta Oficina de Farmacia desde hasta ejerciendo funciones de Farmacéutico/a:

ADJUNTO/A ☐

SUSTITUTO/A ☐

En virtud del REGLAMENTO (UE) 2016/679 DEL PARLAMENTO EUROPEO Y DEL CONSEJO de 27 de abril de 2016 relativo a la protección de las personas físicas en lo que respecta al tratamiento de datos personales y a la libre circulación de estos datos y de la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales, le informamos que los datos personales que nos facilite a través del presente formulario serán tratados por el Colegio Oficial de Farmacéuticos de Alicante, calle Jorge Juan 8, 03002 Alicante, con la finalidad de solicitar el alta colegial FIR. Puede ejercer los derechos de acceso, rectificación, supresión, olvido, limitación, portabilidad y oposición dirigiéndose al Colegio Oficial de Farmacéuticos de Alicante. Los datos podrán ser tratados para la elaboración de perfiles, tiene derecho a oponerse a la adopción de decisiones individuales automatizadas que produzcan efectos jurídicos sobre usted o le afecten significativamente de modo similar. Puede acceder a la restante información sobre protección de datos solicitándola a través del correo cofalicante@cofalicante.com

FIRMA:

☐ He leído y acepto la **política de privacidad**.
Puede obtener mas información en https://www.cofalicante.com/politica-privacidad

Colegio Oficial de Farmacéuticos de la Provincia de Alicante