



## AMPLIACIÓN DE JORNADA DE ADJUNTO/A

### AL COLEGIO DE FARMACÉUTICOS DE PONTEVEDRA

D/D<sup>a</sup>  , titular de la oficina de

farmacia PO-  -F sita en

comunica por medio del presente escrito la **AMPLIACIÓN DE LA JORNADA LABORAL** del/de la farmacéutico/a adjunto/a

colegiado/a n.º  , pasando a ejercer a jornada COMPLETA por el siguiente periodo:

- Desde el  hasta el
- Desde el  e indefinido

En  , a  de  de 20

Fdo.

Fdo.

Farmacéutico/a titular

Farmacéutico/a adjunto/a

#### Protección de datos

Los datos personales solicitados en este Formulario serán tratados por COLEGIO OFICIAL DE FARMACÉUTICOS DE PONTEVEDRA (en adelante, COFPO), en calidad de Responsable de Tratamiento, para la finalidad de gestionar los datos profesionales de los COLEGIADOS y registrar su actividad y desarrollo profesional en el marco de una Oficina de Farmacia. Los datos se conservarán mientras se mantenga la relación con el Colegio.

La Base de Legitimación para este tratamiento es dar cumplimiento a una obligación legal establecida en la Ley 3/2019, de 2 de julio y en la Orden de la Consellería de Sanidade e Servizos Sociais de 9 de enero de 2012 sobre delegación de competencias en los colegios oficiales de farmacéuticos de la Comunidad Autónoma de Galicia. Tiene derecho a reclamar ante la Agencia Española de Protección de Datos. También puede contactar con el Delegado de Protección de Datos del COFPO en la siguiente dirección [delegadoprotecciondedatos@cofpo.org](mailto:delegadoprotecciondedatos@cofpo.org).

Respecto a las posibles comunicaciones o cesiones de datos a terceros, ajenos al personal de COFPO, informarle que NO se cederán datos a terceros, excepto los obligatorios por ley.

Usted tiene los siguientes derechos: solicitar el acceso a los datos personales relativos al interesado, solicitar su rectificación o supresión, solicitar la limitación de su tratamiento, y a oponerse al tratamiento, así como la portabilidad de los datos.

Para su ejercicio, debe presentar escrito de solicitud ante COFPO, con sus datos identificativos, lo que pide y fotocopia de DNI o similar para acreditar ser el interesado. Puede hacerlo enviando dicha solicitud a C/ ECHEGARAY 10 BAJO; 36.002 PONTEVEDRA; o incluso mediante el envío de un correo electrónico a la siguiente dirección [cofpontevedra@cofpo.org](mailto:cofpontevedra@cofpo.org)