



COMUNICACIÓN DE BAJA

D./D.^a _____,

Titular de la Oficina de Farmacia (OF) o Jefe del Servicio Farmacéutico del Hospital (SFH):

sita en: calle _____ Número _____,

Localidad _____, Provincia _____,

Código Postal _____ Teléfono _____ e-mail _____,

Licenciado por la Facultad de Farmacia de _____, y Colegiado número _____

MANIFIESTA:

Su deseo de causar baja como Centro receptor en el desarrollo de la docencia de la asignatura de Prácticas Tuteladas, de acuerdo con el Convenio firmado entre la Universidad de Granada y los Colegios Oficiales de Farmacéuticos o/y Hospitales.

Granada, a _____ de _____ de _____

Firma del Farmacéutico titular de la OF o Jefe del SFH y sello de la OF o SFH

Los datos personales recogidos serán incorporados y tratados en el fichero de **Registro General**, cuya finalidad es dejar constancia oficial del ingreso o salida de documentos hacia o desde la Universidad de Granada. El órgano responsable del fichero es la **Secretaría General de la Universidad de Granada**, y la dirección donde la persona interesada podrá ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición es "**Secretaría General de la Universidad de Granada. Avda. del Hospicio, s/n. 18071 Granada**". De todo lo cual se informa en cumplimiento del artículo 5 de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal.

ILMO. SR. DECANO DE LA FACULTAD DE FARMACIA DE LA UNIVERSIDAD DE GRANADA