Solicitud de **CERTIFICADO DE LIBRE REGENCIA Y OTROS.**

 **FECHA:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

A la DIRECCIÓN NACIONAL de HABILITACIÓN, FISCALIZACIÓN y SANIDAD de FRONTERAS:

Quien suscribe:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|   | Profesional |   | Apoderado \*  |

 **\*El apoderamiento debe hacerse mediante AFIP.**

|  |
| --- |
| Datos del Profesional |
| Nombre y Apellido |   |
| CUIT |   |
| Domicilio |   |
| Teléfono |   |
| Mail |   |
| Matricula N° **(\*)** |   |
| Profesión |   |

**(\*) Si tiene matrícula de Provincia, recuerde adjuntar frente y anverso.**

Solicita por medio de la presente solicito:

|  |  |
| --- | --- |
|   | CERTIFICADO DE LIBRE REGENCIA FARMACIA |
|   | CERTIFICADO DE LIBRE SANCIÓN DE PROFESIONAL FARMACEUTICO |
|   | CERTIFICADO DE MATRÍCULA |
|   | CERTIFICADO DE ACTUACIÓN PROFESIONAL |
|   | CERTIFICADO DE LIBRE SANCIÓN DE ESTABLECIMIENTOS |

**Para ser presentado ante:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**DECLARO BAJO JURAMENTO LA VERACIDAD DE TODOS LOS DATOS CONSIGNADOS.**

Firma y sello del Profesional