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