


SEÑOR GERENTE REGIONAL DE SALUD
SOLICITUD – DECLARACION JURADA

SOLICITO:	(marcar con una X)
RENUNCIA A DIRECCION TECNICA	
RENUNCIA QUIMICO FARMACEUTICO ASISTENTE	

A.- DEL ESTABLECIMIENTO FARMACÉUTICO
1. CLASE: (marcar con una X)

OFICINA FARMACEUTICA: FARMACIA	
OFICINA FARMACEUTICA: BOTICA	
FARMACIA DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD	
BOTIQUIN	
DROGUERIA	
ALMACEN ESPECIALIZADO	

2. NOMBRE COMERCIAL: _____ (No incluir "CLASE")

2.1 N° REGISTRO SI-DIGEMID: _____

3. RAZON SOCIAL: _____

4. N° DE REGISTRO UNICO DE CONTRIBUYENTE – RUC:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

5. HORARIO DE FUNCIONAMIENTO: _____

6. MANEJA: PSICOTROPICOS ESTUPEFACIENTES
7. DIRECCION: _____

7.1. DISTRITO: _____

7.2. PROVINCIA: _____

8. TELEFONO FIJO/CELULAR:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

B.- DEL PROPIETARIO O REPRESENTANTE LEGAL: (Persona Natural ó Jurídica)
9.- NOMBRE DEL PROPIETARIO O REPRESENTANTE LEGAL: _____

C.- DEL QUIMICO FARMACEUTICO: (Persona Natural ó Jurídica)
10.- NOMBRE DEL DIRECTOR TECNICO O Q.F. ASISTENTE: _____

10.1. TELEFONO FIJO/CELULAR:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

10.2 CORREO ELECTRONICO: _____ @

10.3 FECHA DE RENUNCIA: _____

Lo cual declaramos bajo juramento en sustitución del documento oficial que acredita mi dicho y con buena fe, basado en el principio de presunción de veracidad consignado en el Art. IV, Inciso 1.7 del Texto Único Ordenado de la Ley del Procedimiento Administrativo General; expresando asimismo conocer las consecuencias de orden pecuniario, administrativo y penal en caso de falsedad de esta declaración, conforme lo regula el Art. 411° en el Capítulo III Delitos Contra la Administración de Justicia del Código Penal vigente.

QUIMICO FARMACEUTICO

 (NOMBRE COMPLETO)

 (DNI)

Toda variación o cambio que se desee realizar en el establecimiento farmacéutico, se deberá solicitar la autorización sanitaria correspondiente a la Dirección Ejecutiva de Medicamentos, Insumos y Drogas de la Gerencia Regional de Salud del Gobierno Regional de Arequipa

REQUISITOS
PROCEDIMIENTO TUPA GRA RENUNCIA

1. Solicitud/Declaración Jurada firmada por el Químico Farmacéutico dirigida al Gerente Regional de Salud (Formato A-3)
2. Carta de renuncia presentada al propietario, debidamente firmada y sellada
3. Balance de drogas a la fecha de renuncia, si corresponde
4. Fotocopia del o de los folios del libro de control donde se consignen las existencias de Estupefacientes. Psicotrópicos o Precursores u otras sustancias sujetas a fiscalización sanitaria, cuando corresponda