

**SOLICITUD DE REGISTRO AUXILIAR FARMACIA (PRIVADA)****SR. USUARIO:**

Su solicitud esta sujeta a verificación, y será objetada o rechazada si la información provista es insuficiente o errónea. Adjunte a esta solicitud una copia de su **cédula de identidad y el comprobante de pago correspondiente**.

El certificado sólo incluirá la información disponible en esta Secretaría.

**EL ARANCEL CANCELADO POR CONCEPTO DE CERTIFICACIÓN NO SERA DEVUELTO.**

<b>1. Identificación del interesado (FAVOR ESCRIBIR EN LETRA IMPRENTA)</b>	
Nombres Completo	
Apellidos	
Cédula de Identidad	
Teléfonos	
Domicilio	
Nombre y dirección farmacia	
<b>Fecha de Solicitud</b>	

<b>2. Antecedentes Requeridos (Adjuntar en original)</b>	
--	--

<b>2.1</b>	<b>Certificado de Antecedentes (vigente)</b>
<b>2.2</b>	<b>Certificado de Estudios equivalente a 2° medio (o Licencia Media)</b>
<b>2.3</b>	<b>Contrato de trabajo vigente/anexos</b>

Por este acto y en la representación que invisto, declaro conocer y aceptar expresamente los requisitos sanitarios y condiciones establecidos en la legislación vigente, para solicitar mi certificación de habilitación profesional, anteriormente señalada.

Que si en la revisión posterior, efectuada por la Autoridad Sanitaria, se verificare que los datos entregados en este documento no están registrados, completos o ajustados a lo establecido en la reglamentación vigente o no son fidedignos, esto será causal suficiente para denegar la presente solicitud.

.....

**FIRMA USUARIO**

.....

**FIRMA Y FECHA RECEPCIÓN MÓDULO**

Revisado por:	
Firma y Fecha Retiro Usuario	