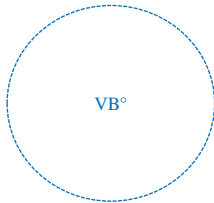


FORMATO A-4

DECLARACIÓN JURADA

**SOLICITO AUTORIZACIÓN PARA RENUNCIA
COMO QUÍMICO FARMACÉUTICO ASISTENTE**



MONTO A PAGAR

S/. 22.00

N° RECIBO

N° DE FOLIOS

SELLO DE MESA DE PARTES

I. DEL ESTABLECIMIENTO FARMACÉUTICO:

1. **CLASIFICACIÓN:** SEGÚN LO ESTABLECIDO EN EL ART. 4° DEL DS 014-2011-SA (MARCAR CON UNA X)

- A.- OFICINA FARMACÉUTICA: A.1.- FARMACIA* () A.2.- BOTICA* () * ESPECIALIZADA⁽²⁾ ()
B.- BOTIQUINES: () C.- FARMACIA DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD ⁽¹⁾ ()
D.- DROGUERÍA: () E.- ALMACÉN ESPECIALIZADO ()

2. **NOMBRE COMERCIAL:**

(NO INCLUIR CLASIFICACIÓN)

Los establecimientos farmacéuticos no pueden utilizar como nombre comercial o razón social una clasificación que no les corresponde.

3. **N° DE REGISTRO ÚNICO DEL CONTRIBUYENTE (RUC):**

SE VERIFICÓ

4. **NOMBRE DE LA EMPRESA ó RAZÓN SOCIAL:**

(Si es Persona Jurídica)

5. **DIRECCIÓN:**

5. A **DISTRITO:**

5. B. **PROVINCIA:**

6. **TELÉFONO:**

7. **CELULAR:**

8. **E-mail:**

(SOLICITO QUE LAS NOTIFICACIONES DE LOS ACTOS ADMINISTRATIVOS SE REALICEN AL CORREO ELECTRÓNICO CONSIGNADO)

II. DEL PROPIETARIO O REPRESENTANTE LEGAL:

9. **NOMBRES Y APELLIDOS:**

10. **DOMICILIO:**

11. **N° DE DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD (DNI):**

SE VERIFICÓ

12. **TELÉFONO:**

7. **CELULAR:**

13. **E-mail:**

III. DEL QUÍMICO FARMACÉUTICO (A) QUÍMICO FARMACÉUTICO ASISTENTE:

14. **NOMBRES Y APELLIDOS:**

15. **C.Q.F.P. :**

SE VERIFICÓ

16. **PRESENTA CARTA DE RENUNCIA AL ESTABLECIMIENTO FARMACÉUTICO**

SE VERIFICÓ

De no adjuntar una copia de la renuncia, presentada al propietario o representante legal del establecimiento, PRESENTAR UNA DECLARACIÓN JURADA de NO LABORAR EN EL ESTABLECIMIENTO, indicando la fecha EN LA QUE DEJO DE LABORAR.

SELLO Y FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL

SELLO DEL ESTABLECIMIENTO FARMACÉUTICO

SELLO Y FIRMA Q.F. ASISTENTE

N° DNI: