

Anexo 1

**CONFEDERACION FARMACEUTICA ARGENTINA
SOLICITUD DE ADHESION VOLUNTARIA A LA CERTIFICACION Y
RECERTIFICACION**

Expediente N° CNC-.....-.....

(Sírvasse completar con letra de imprenta legible)

El/la que suscribe, Farmacéutico/a (apellido y nombre).....

.....Matrícula N°.....expedida por el **COLEGIO DE FARMACEUTICOS DE ...o Ministerio(s)/corresponda).**

Documento de Identidad (tipo y número).....con ejercicio profesional en (entidad laboral).....

con el cargo de.....con domicilio profesional en.....

.....N°.....Piso.....Dto.....Teléfonos.....E-mail.....Código

Postal..... Localidad.....Provincia.....con domicilio particular enN°.....Piso.....Dto.....

Teléfonos.....E-mail.....Código Postal.....LocalidadProvincia.....

manifiesta conocer y aceptar el Reglamento General de Certificación y Recertificación Profesional de la Confederación Farmacéutica Argentina y solicita se inicien los trámites para su (**CERTIFICACION O RECERTIFICACION**)..... profesional.

En (localidad)....., a losdías del mes dedel año....., se firma el presente en carácter de declaración jurada al pie, en prueba de conformidad.

.....

Firma

.....

Aclaración