

**MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA  
SISTEMA PROVINCIAL DE SALUD  
DIRECCIÓN GENERAL DE FISCALIZACIÓN SANITARIA  
DPTO. DE FISCALIZACIÓN FARMACÉUTICA Y TECNOLOGÍA MÉDICA**

---

San Miguel de Tucumán,..... de..... 20....

Dpto. de Fiscalización Farmacéutica y T.M

**SU DESPACHO:**

De mi mayor consideración:

La/El que suscribe, Farmacéutico/a .....,  
MP....., en carácter de propietario y/o Director Técnico de Farmacia  
.....sit  
a ..... en  
calle.....  
....., de la ciudad de ....., Provincia de Tucumán, comunica por  
medio de la presente declaración jurada que la farmacia arriba mencionada permanecerá cerrada  
por vacaciones desde el....., hasta el .....inclusive, por el término de  
.....días. Asimismo se informa a Ud. que la guardia farmacéutica asignada a mi  
establecimiento corresponde al..... Turno, y será cubierto el... /.../....., por la  
Farmacia....., cuyo/a director/a técnico/a es el/la Farm.  
....., el que deberá ser informado con  
una antelación mínima de 10 (diez) días.

Sin más, saludo a Ud. atentamente.

.....

Firma Farmacia Turno  
Declarante

.....

Firma del

.....

Sello  
TEL.

.....

Dirección-

<b>Autorizado</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>
-------------------	-----------	-----------