

	Declaración Jurada para Informar Vacaciones				
	Dirección General de Fiscalización Sanitaria				
	SIPROSA				
Registro	Cód: RG 89 DFF	Rev. 02	Vigencia: Sept 25	Página 1 de 1	

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

 ...sita 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 dedías. 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

Dirección- TEL.

Autorizado	SI	NO
-------------------	-----------	-----------