

## ANEXO IV

### SOLICITUD DE ADHESIÓN A LA CERTIFICACIÓN Y RECERTIFICACIÓN DE LA FEFARA

**Expediente N°** ...../.....

(Sírvasse completar con letra de imprenta legible)

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

.....

Matrícula N°.....expedida por .....

Documento de Identidad (tipo y número)....., fecha de nacimiento....., nacionalidad.....con ejercicio

profesional en (entidad laboral)..... con el cargo de..... con domicilio profesional en.....

N°..... Piso..... Dpto ..... Teléfono ..... Email

..... Código Postal .....

Localidad..... Provincia.....con domicilio

particular en ..... N°.....Piso ..... Dpto .....Teléfono

..... Email ..... Código Postal

..... Localidad .....Provincia ..... manifiesta

conocer y aceptar el documento “Sistema Federal de Actualización, Certificación y Recertificación Profesional” de la FEFARA y solicita se inicien los trámites para su

**(CERTIFICACIÓN O RECERTIFICACIÓN)** .....

profesional.

En (localidad)....., a los ..... días del mes de ..... del

año....., se firma el presente en carácter de declaración jurada al pie, en prueba de conformidad.

.....

Firma

.....

Aclaración

