



ANEXO IV

SOLICITUD DE ADHESION A LA CERTIFICACION Y RECERTIFICACION DE LA FEFARA

Expediente N°-.....

(Sírvase 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.....,

nacionalidadcon ejercicio profesional en (entidad laboral).....con el

cargo de.....con domicilio profesional en.....N°.....Piso.....Dto.....Teléfono..

.....Email.....Código

Postal Localidad.....

Provincia.....con domicilio particular en

..... N°..... Piso DtoTeléfono

..... E- mail.....

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 (**CERTIFICACION O**

RECERTIFICACION)

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