

ANEXO IV

SOLICITUD DE ADHESIÓN A LA CERTIFICACIÓN Y RECERTIFICACIÓN DE LA FEFARA

Expediente N°

(Sírvese 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.....

LocalidadProvincia 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