**ANEXO IV**

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

**Expediente Nº ............................../.......**

(Sírvase completar con letra de imprenta legible)

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

Matrícula Nº...................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……………………………. Nº............ Piso...... Dpto ........... Teléfono ................................. Email ................................................................ Código Postal ……………… Localidad................................................. Provincia……………………con domicilio particular en …….................... Nº……………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

Fecha última actualización: 18/06/2020

Aprobado en reunión de Comisión Directiva del 26 de junio de 2.020