



SEÑOR GERENTE REGIONAL DE SALUD

GOBIERNO REGIONAL DE AREQUIPA
GERENCIA REGIONAL DE SALUD

DIRECCIÓN EJECUTIVA DE MEDICAMENTOS, INSUMOS Y

DROGAS

AUTORIZACIONES SANITARIAS

COMUNICACION:	(marcar con una X)
RENUNCIA A DIRECCION TECNICA	
RENUNCIA QUIMICO FARMACEUTICO ASISTENTE	

1. DEL ESTABLECIMIENTO FARMACÉUTICO

1.1 CLASE: (marcar con una X)

OFICINA FARMACEUTICA: FARMACIA	
OFICINA FARMACEUTICA: BOTICA	
FARMACIA DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD	
BOTIQUIN	
DROGUERIA	
ALMACEN ESPECIALIZADO	

2. NOMBRE COMERCIAL: _____ (No incluir "CLASE")

2.1 N° REGISTRO SI-DIGEMID: _____

3. RAZON SOCIAL: _____

4. N° DE REGISTRO UNICO DE CONTRIBUYENTE – RUC:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

5. HORARIO DE FUNCIONAMIENTO: _____

6. DIRECCION: _____

6.1. DISTRITO: _____ 6.2. PROVINCIA: _____

7. TELEFONO FIJO/CELULAR:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

8. DEL PROPIETARIO O REPRESENTANTE LEGAL: (Persona Natural ó Jurídica)

8.1 NOMBRE DEL PROPIETARIO O REPRESENTANTE LEGAL: _____

8.2 DOMICILIO DE NOTIFICACION: _____

8.3 CORREO ELECTRONICO DE NOTIFICACION _____ @ _____

9. DEL QUIMICO FARMACEUTICO:

9.1 NOMBRE DEL DIRECTOR TECNICO O Q.F. ASISTENTE RENUNCIANTE: _____

9.2 DOMICILIO DE NOTIFICACION: _____

9.3 CORREO ELECTRONICO DE NOTIFICACION _____ @ _____

9.4. TELEFONO FIJO/CELULAR:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

9.5 FECHA DE RENUNCIA _____

TODO LO CUAL DECLARAMOS BAJO JURAMENTO EN SUSTITUCIÓN DEL DOCUMENTO OFICIAL QUE ACREDITA MI DICHO Y CON BUENA FE, BASADO EN EL PRINCIPIO DE PRESUNCIÓN DE VERACIDAD CONSAGRADO EN EL ART. IV, INCISO 1.7 DEL TEXTO ÚNICO ORDENADO DE LA LEY DEL PROCEDIMIENTO ADMINISTRATIVO GENERAL; EXPRESANDO ASIMISMO CONOCER LAS CONSECUENCIAS DE ORDEN PECUNIARIO, ADMINISTRATIVO Y PENAL EN CASO DE FALSEDAD DE ESTA DECLARACIÓN, CONFORME LO REGULA EL ART. 411° EN EL CAPÍTULO III DELITOS CONTRA LA ADMINISTRACIÓN DE JUSTICIA DEL CÓDIGO PENAL VIGENTE.

QUIMICO FARMACEUTICO

.....
(NOMBRE COMPLETO).....
(DNI)

Toda variación o cambio que se desee realizar en el establecimiento farmacéutico, se deberá comunicar a la Dirección Ejecutiva de Medicamentos, Insumos y Drogas de la Gerencia Regional de Salud Arequipa

REQUISITOS

RENUNCIA DIRECTOR TÉCNICO O ASISTENTE

1. Solicitud/Declaración Jurada firmada por el Químico Farmacéutico dirigida al Gerente Regional de Salud (Formato A-3)
2. Carta de renuncia presentada al propietario o representante legal, debidamente firmada y sellada o declaración jurada de no laborar en el Establecimiento Farmacéutico indicando la fecha de renuncia.

