



Departamento de FARMACIA
Ministerio de Salud
Provincia Río Negro
S...../.....D:

.....,
en mi carácter de Farmacéutico con D.N.I N°, matrícula provincial N°....., vengo por la presente a dejar constancia, en concepto de **Declaración Jurada**, que no ejerzo la profesión de Farmacéutico como Director/ra Técnico en el marco de la Ley N° 4438, conociendo la legislación que castiga la falsedad en caso de no ser cierto, como así también las responsabilidades Éticas, Profesionales y Patrimoniales que pudieran corresponderme por prestar falso juramento, firmo la presente con pleno conocimiento. En la ciudad de, a losdías del mes de de 20.....

.....
Firma Farmacéutico/a

.....
Firma Autoridad Reconocida

.....
Aclaración

.....
Aclaración

.....
Documento tipo y N°

.....
Documento tipo y N°