

|  |   |                |        |               |
|--|---|----------------|--------|---------------|
| <br>DIRECCION GENERAL<br>DE FISCALIZACION SANITARIA | <h2 style="color: blue;">Declaración Jurada para Informar<br/>Vacaciones</h2>   |                |        | Página 1 de 1 |
|  | <i>Departamento Fiscalización Farmacéutica y Tecnología Médica</i><br><i>Dirección General de Fiscalización Sanitaria</i><br><b>SIPROSA</b> |                |        |               |
|  | Registro  | Cód: RG 89 DFF | Rev. 0 |               |

San Miguel de Tucumán,..... de..... 20....

Dpto. de Fiscalización Farmacéutica y T.M

**SU DESPACHO:**

De mi mayor consideración:

La/El que suscribe, Farmacéutico/a .....,  
MP....., en carácter de propietario y/o Director Técnico de Farmacia  
.....sita en  
calle.....,  
de la ciudad de ....., Provincia de Tucumán, comunica por medio de  
la presente declaración jurada que la farmacia arriba mencionada permanecerá cerrada por  
vacaciones desde el....., hasta el .....inclusive, por el término de  
.....días. Asimismo se informa a Ud. que la guardia farmacéutica asignada a mi  
establecimiento corresponde al..... Turno, y será cubierto el... /.../....., por la  
Farmacia....., cuyo/a director/a técnico/a es el/la Farm.  
....., el que deberá ser informado con una  
antelación mínima de 10 (diez) días.

Sin más, saludo a Ud. atentamente.

.....  
Firma Farmacia Turno

.....  
Firma del Declarante

.....  
Sello

.....  
Dirección- TEL.

|                   |           |           |
|-------------------|-----------|-----------|
| <b>Autorizado</b> | <b>SI</b> | <b>NO</b> |
|-------------------|-----------|-----------|