****

**DECLARACION JURADA CATEGORIA A FARMACEUTICOS HOSPITALARIOS (Anexo I Resolución HCD Nro 18 de fecha 29/11/2021)**

La Plata, ........ de .................................... de ..................

APELLIDO/S Y NOMBRE/S: ..........................................................................................................

MATRICULA:............................DOCUMENTO DE IDENTIDAD................................................

CUIT/CUIL:…………………………………………………………………………...……………

HOSPITAL Provincial/Municipal/Nacional (tache lo que no corresponda): …………………………………….

CARGO Según Designación/Dispone: …………………………………………………………….…….

COLFARMA TAD Nro. (para DT, Co-DT; Auxiliar)…………………………………………………………………………………….

DOMICILIO PARTICULAR ..........................................................................................................

LOCALIDAD................................... PARTIDO: ………......... PROVINCIA..................... CODIGO POSTAL ............... DIRECCION DE EMAIL………………………………………….

TELEFONO PARTICULAR ...................................... TE Celular: ……………………………..

Declaro bajo juramento encontrarme solamente registrado como profesional farmacéutico en el ámbito de Farmacia Hospitalaria y no encontrarme inhabilitado/a para ejercer la profesión farmacéutica en la Provincia de Buenos Aires, por no registrar ejercicio profesional en el ámbito de cada una de las jurisdicciones que conforman la República Argentina, aún sin bloqueo de título. Se suscribe el presente documento conforme lo exige la Resolución del Honorable Consejo Directivo Nro. 16 de fecha 29/11/2021y cc, emitida en el marco de las atribuciones conferidas por la Ley 6.682 y del Reglamento del Colegio de Farmacéuticos de la Provincia de Buenos Aires aprobado por Asamblea General Ordinaria del 28/07/18. Asimismo, asumo plena responsabilidad por la veracidad de los datos que aquí se suministran. Notificando inmediatamente al Colegio de Farmacéuticos de la Provincia de Buenos Aires cualquier cambio o modificación en los datos aportados en relación al ejercicio profesional.

Detectado el incumplimiento se pierde el beneficio, retroactivo a la fecha de cambio o modificación.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Aclaración