



FORMATO D - 6

**SOLICITA: INSCRIPCIÓN EN EL REGISTRO DE PROFESIONALES
PRESCRIPTORES DE ESTUPEFACIENTES Y PSICOTRÓPICOS**

REGISTRO DE
PRESCRIPTORES
EN DEMID N°

SEÑOR DIRECTOR REGIONAL DE SALUD JUNIN

Yo,, domiciliado(a)
en:, del distrito
de, provincia de, con DNI N°:, colegiatura
N°:, de profesión e-mail,
lugar y fecha de nacimiento, teléfono Egresado de la
Universidad:, con especialización

Informo que trabajo en las siguientes entidades particulares y estatales:

ENTIDAD	DIRECCION	TELEFONO
.....
.....
.....
.....

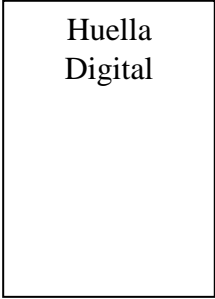
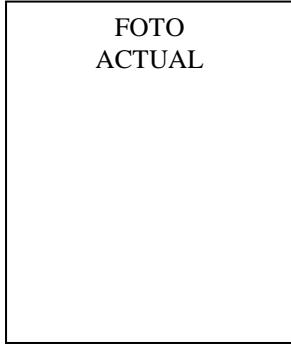
DECLARO BAJO JURAMENTO: Conocer los dispositivos legales vigentes relacionados a la prescripción de estupefacientes y psicotrópicos y que debiendo inscribirme en el REGISTRO DE PROFESIONALES DE SALUD APTOS PARA RECIBIR LOS TALONARIOS DE RECETARIO ESPECIAL, solicito a Ud. la inscripción en el mencionado registro, para lo cual cumplo con lo estipulado en la Resolución Ministerial N° 1105-2002-S.A./DM.

Asimismo, me comprometo a seguir estrictamente lo establecido en los dispositivos legales vigentes relacionados a la prescripción de estupefacientes y psicotrópicos.

Por tanto, asumiré la responsabilidad en caso de faltar a la verdad.

Adjunto al presente:

- ✓ Copia legalizada del título profesional.
- ✓ Copia legalizada de la especialización.
- ✓ Copia legalizada del carnet de colegiatura vigente
- ✓ 1 fotografía tamaño carnet a color actualizada.
- ✓ Copia simple del D.N.I. vigente



Huancayo,..... de del 20.....

.....
10.- FIRMA USUAL

Para su inscripción sírvase apersonarse a la Jr. Julio C. Tello N° 488-El Tambo - Huancayo, teléfono 064-481270 –anexo 247, portando el original de su carnet del Colegio Profesional.

* La firma y huella digital se realizarán en presencia del personal responsable del registro en DEMID.