

AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN

Número de solicitud (Para uso de la Oficina)	Fecha de la solicitud ____ / ____ / ____ día mes año
--	---

Por la presente autorizo a todas las personas a las que este documento les sea presentado a divulgar información sobre mí o del establecimiento solicitante por el cual estoy debidamente autorizado, a un agente debidamente designado de la Oficina de Sustancias Controladas y Cannabis Medicinal del Departamento de Salud, (en adelante la Oficina), incluyendo aquella información que de otro modo estaría protegida contra su divulgación por cualquier disposición legal, constitucional o estatutaria estatal o federal.

Por la presente autorizo a todas las personas a las que este documento se les sea presentado a permitir que un agente debidamente designado de la Oficina revise y copie cualquier documento relacionado a mí, incluyendo aquella información que de otro modo estaría protegida contra su divulgación por cualquier disposición legal, constitucional o estatutaria estatal o federal.

Por la presente autorizo al Departamento de Hacienda a permitir que un agente debidamente designado de la Oficina obtenga, reciba, revise, copie, analice y utilice cualquier información de contribuciones o documentos relacionados o relativos a mí, incluyendo aquella información que de otro modo estaría protegida contra su divulgación por cualquier disposición legal, constitucional o estatutaria estatal o federal.

Si la persona a la que se presenta este documento es una firma de corretaje, institución bancaria, u otra institución financiera o un oficial de la misma, por la presente autorizo a que un agente debidamente designado de la Oficina se le permita revisar y obtener copias de todos los documentos, registros o la correspondencia relacionada a mí, incluyendo pero no limitado a la información de préstamos pasados, notas confirmadas por mí, comprobantes de los registros de cuentas, los registros de depósitos de ahorro, los registros de cajas de seguridad, los registros de libreta, y hojas en folio del libro mayor.

Entiendo que la concesión de un establecimiento y/o licencia de Cannabis Medicinal es un privilegio. Reconozco que el peso de probar mis calificaciones para una determinación favorable recae en todo momento sobre mí.

Estoy de acuerdo en indemnizar y mantener indemne a la persona a la que se presenta esta autorización y sus agentes y empleados de y contra todas las reclamaciones, daños, pérdidas y gastos, incluyendo honorarios razonables de abogados, que surja de o por razón de cumplir con esta solicitud.

Una reproducción de esta solicitud por fotocopias o proceso similar será para todos los efectos tan válida como la original.

La información que por la presente autorizo a divulgar, puede ser solicitada y provista exclusivamente para propósitos de evaluar una solicitud de establecimiento y/o licencia de Cannabis Medicinal. La Oficina deberá garantizar la confidencialidad de la información que le sea divulgada.

Nombre del establecimiento		Fecha
Apellido	Nombre	Inicial
Título	Firma	
Escriba el nombre completo del Representante Autorizado.		

Y PARA QUE ASÍ CONSTE, juro y suscribo la misma en _____, Puerto Rico, a ____ de _____ de 201__.

Firma del Solicitante

Afidávit Número _____

Jurado y suscrito ante mí por _____, de las circunstancias personales anteriormente descritas y a quien doy fe de conocer personalmente o identifico mediante _____, la cual contiene foto y firma, en _____, Puerto Rico, hoy día ____ de _____ de _____.

Notario Público

NOTA: En caso de Solicitud de Establecimiento, deberá entregarse una autorización por cada dueño, socio, accionista y miembro de la Junta de Oficiales o Junta de Directores.