

SOLICITUD PARA CAMBIO DE UBICACIÓN DE ESTABLECIMIENTO DE CANNABIS MEDICINAL

Número de Solicitud	Fecha ____ / ____ / ____ día mes año
----------------------------	---

Debe llenar cada una de las partes de esta solicitud con claridad y en su totalidad. Si alguna respuesta no aplica a su caso, indíquelo respondiendo con N/A. Se requiere una Solicitud para Cambio de Ubicación de Establecimiento de Cannabis Medicinal separada e individual por cada local, oficina, laboratorio, sucursal o establecimiento principal o de práctica profesional para el cual el solicitante desee efectuar un cambio de ubicación que refleje información distinta a la sometida en su formulario CM-01 o cualquier solicitud de Licencia.

Formularios requeridos anejados y firmados (deben anejar a su solicitud los siguientes formularios completados y firmados):

Solicitante	N/A	Uso oficial	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Carta explicativa donde exponga los motivos y razones para el cambio de ubicación.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nueva Solicitud de Licencia correspondiente al establecimiento a ser reubicado (Véase Art. 28 inciso C-1 del Reglamento 8766).
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Copia de la escritura, contrato de arrendamiento, compraventa y otro documento que rija los términos y las condiciones del uso de la facilidad donde propone mover su establecimiento. Si él o la solicitante no es el dueño de esa propiedad, deberá incluir un documento que rija las condiciones de uso que refleje que la propiedad será utilizada como establecimiento de Cannabis Medicinal.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Prueba de cumplimiento con el requisito de ubicación de al menos cien (100) metros radiales de distancia de una escuela, centro preescolar o centro de cuidado de niños certificada por un ingeniero, agrimensor o arquitecto debidamente licenciado en el Estado Libre Asociado de Puerto Rico para la nueva ubicación propuesta.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Certificación y prueba de cumplimiento con la Resolución Núm. JP-2016-317 y todas sus extensiones en cuanto a la zonificación permitida por la Junta de Planificación para el tipo de establecimiento de cannabis medicinal que solicita de la nueva ubicación propuesta.

Entrega de solicitud:

- o No se aceptarán solicitudes incompletas, debe entregar todos los documentos requeridos.
- o Debe incluir el pago del arancel correspondiente, según indicado en la Sección II de este formulario, el cual se puede hacer mediante cheque certificado, cheque de gerente o giro a nombre del Secretario de Hacienda. (Véase el Artículo 89 inciso (c) del Reglamento 8766 para el Uso, Posesión, Cultivo, Manufactura, Fabricación, Dispensación, Distribución e Investigación del Cannabis Medicinal).
- o Debe someter su solicitud **personalmente** en el:
Departamento de Salud
Oficina de Sustancias Controladas y Cannabis Medicinal
 1506 Ave. Ponce de León
 San Juan, Puerto Rico

SECCIÓN I Información General		
Nombre de la Corporación / Solicitante		
Nombre del dueño		
Dirección física actual de la facilidad a ser re ubicada		
Pueblo	Código Postal	Teléfono
Dirección física de la nueva ubicación propuesta		
Pueblo	Código Postal	Teléfono

Total de aranceles a pagar Según el Art. 89 del Reglamento 8766, deberá calcular el cincuenta por ciento (50%) del arancel pagado por el establecimiento que desea re ubicar.	\$ _____
Nombre y firma del Solicitante	Fecha ____ / ____ / ____ día mes año
Nombre y firma del técnico que recibe los documentos (Para uso de la Oficina)	Fecha ____ / ____ / ____ día mes año