GOBIERNO DE PUERTO RICO

Departamento de Salud
Junta Reglamentadora del Cannabis Medicinal

SOLICITUD DE LICENCIA DE INVESTIGACIÓN

Número de Licencia _____
Departamento de Salud
Oficina de Cannabis Medicinal

I. DATOS DE LA PERSONA O ENTIDAD

☐ **Registro individual** ☐ **Registro Negocio**

1. Nombre de la persona natural o jurídica

2. Dirección del establecimiento donde se llevara a cabo la investigación

Urbanización

Calle y número de casa

Pueblo | País | Código Postal

3. Dirección postal del solicitante

Urbanización

Calle y número de casa

Pueblo | País | Código Postal

Teléfono del negocio | Correo Electrónico | Persona de contacto

4. Dirección donde desea recibir la correspondencia ( ) postal ( ) Establecimiento ( ) Correo electrónico

5. Número de Seguro Social (si es de negocio) Número de Seguro Social (si es individual)

II. TIPO DE INVESTIGACIÓN

[ ] Investigación para un fármaco con cannabis
[ ] Estudio clínico médico-científico
[ ] Estudio de cultivo
[ ] Estudio para desarrollo de metodología analítica
[ ] Estudio para desarrollo de un fármaco
[ ] Aprobación de un fármaco con cannabis
[ ] Otros tipo de investigación o estudio, especificar _____

A. Cannabis Medicinal

Indicar de donde se obtendrá el Cannabis que se va a utilizar para la investigación y la cantidad de Cannabis y estándares o productos con Cannabis que se utilizará en la investigación o estudio.

[ ] Flor: Cantidad_____ Suplidor _____
[ ] Cultivo: Cantidad_____ Suplidor _____
[ ] Resina: Cantidad_____ Suplidor _____
[ ] Aceite: Cantidad_____ Suplidor _____
[ ] Comestible: Cantidad_____ Suplidor _____
[ ] Otro, especificar _____
Cantidad_____ Suplidor _____

B. Otras Sustancias Controladas a utilizarse para la investigación y su clasificación

Indicar la siguiente información de los estándares y/o sustancias controladas que utilizará en la investigación o estudio.

Nombre del Suplidor	Nombre del Producto	Nombre de la Sustancia Controlada	Cantidad	Clasificación

III. CREDENCIALES Y LICENCIAS

Se requiere traer el documento (credenciales) al momento de someter la solicitud, según aplique;

Número de Licencia de la Junta de Profesionales de Salud

Especialidad

Número de Licencia Ocupacional – Cannabis Medicinal

Especialidad

Número de Licencia Profesional

Especialidad

Número de Registro de Sustancias Controladas Estatal

Número de Registro de Sustancias Controladas Federal

Otras Licencias: _____

Numero

Especialidad

IV. SOLICITUD PARA EXENCIÓN DE PAGO DE ARANCELES

☐ Iniciar el encasillado si el solicitante es una agencia gubernamental local, estatal, federal o de alguna institución académica de la Universidad de Puerto Rico o Recinto de Ciencias Médicas. No es aplicable a los sectores privados, instituciones académicas privadas, farmacéutica, manufactura o laboratorios privados.

Nombre de la facilidad gubernamental o academia

Certificación para exceptuación de pagos correspondientes a los aranceles.

_____	_____	_____
Nombre Oficial que certifica (en letra de molde) (No deberá ser el mismo que solicita la licencia)	Firma del Oficial que certifica y Fecha (Día- Mes- Año)	Teléfono (Es requerido para verificación)

V. CERTIFICACIÓN

Marque con sus iniciales dentro del paréntesis (iniciales del solicitante) en la afirmación que le aplique;

1. ( ) He sido ( ) No he sido convicto por algún delito grave.
2. ( ) He sido ( ) No he sido convicto de delito que implique depravación moral.
3. ( ) He sido ( ) No he sido un adicto de drogas narcóticas.
4. ( ) Han sido ( ) No han sido mis empleados adictos o convictos por alguna sustancia controlada, de acuerdo con mi mejor saber y entendimiento.
5. ( ) He sido ( ) No he sido convicto por violar la Ley Número 4 del 23 de junio de 1971, conocida como la Ley de Sustancias Controladas de Puerto Rico, la Ley Núm. 42-2017 conocida como Ley Medicinal o cualquier Ley local, federal, estatal o de un país extranjero relacionada con sustancias controladas o el cannabis.

   Si fuese en la afirmativa, indique si han pasado cinco (5) años desde que terminó de cumplir dicha sentencia: ( ) Si ( ) No
6. ( ) Si ( ) No ( ) N/A la planta física del establecimiento descrito en la solicitud esta provista con las facilidades necesarias para proteger y guardar el Cannabis Medicinal cuyo custodia le será confiada al solicitante, de conformidad con los reglamentos, promulgados por el Departamento de Salud, a tales efectos.
7. ( ) Estoy ( ) No estoy debidamente autorizado para operar en el establecimiento descrito en la solicitud, según las leyes vigentes.

Certifico, que la información antes provista es completa y correcta, so pena de incurrir en el delito de perjurio. Y PARA QUE ASI CONSTE, suscribo la misma en _____, Puerto Rico, a ____ de ____ de _____.

_____	_____
Firma del Solicitante	Fecha