

SOLICITUD DE PROVEEDOR DE ADIESTRAMIENTO DE CANNABIS MEDICINAL

Número de Solicitud
(Para uso de la Oficina)

Fecha de la solicitud

____ / ____ / ____
día mes año

La solicitud debe ser completada en su totalidad. Si alguna respuesta no aplica a su caso, indíquelo así con la respuesta N/A.

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

Solicitante Uso oficial

- Afirmación y Consentimiento (CM-A-01) Núm. De certificaciones incluidas: _____
- Autorización de investigación de antecedentes personales y divulgación de información (CM-A-02) Núm. De certificaciones incluidas: _____
- Autorización para divulgar información (CM-A-03) Núm. De certificaciones incluidas: _____

Información adicional:

- Certificación de antecedentes penales del solicitante y de ser una entidad jurídica la que está solicitando el registro, Certificación de antecedentes penales de todos los dueños, socios, accionistas y miembros de la Junta de Oficiales o Junta de Directores. Núm. De certificaciones incluidas: _____
- Copia de Certificado de Incorporación, incluyendo todas las enmiendas.
- Artículos o estatutos de Organización, incluyendo enmiendas y acuerdos de accionistas.
- Evidencia de autorización para hacer negocios en el Estado Libre Asociado de Puerto Rico.
- Propuesta individual para cada uno de los adiestramientos que vaya a ofrecer que incluya:
- Prontuario con una descripción y un desglose de los temas que se discutirán.
 - Resúmenes, credenciales y certificaciones de los recursos que ofrezcan los adiestramientos.
 - Copia de cualquier material escrito o digital que se provea a los participantes del curso.
 - Copia de un calendario tentativo de la primera oferta de los cursos propuestos.

Entrega de solicitud:

- o No se aceptarán solicitudes incompletas, debe entregar todos los documentos requeridos.
- o Debe incluir el pago de 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 del Reglamento para el Uso, Posesión, Cultivo, Manufactura, Producción, Fabricación, Dispensación, Distribución e Investigación del Cannabis Medicinal).
- o Debe someter su solicitud **personalmente a la siguiente dirección:**
Departamento de Salud
Oficina de Sustancias Controladas y Cannabis Medicinal
1506 Ave. Ponce de León, 3er Piso,
San Juan, Puerto Rico 00922.

SECCIÓN I Información General

Nombre de la Corporación / Solicitante	
Nombre del dueño	
Dirección Postal	
Teléfono	Correo Electrónico

ADIESTRAMIENTOS

SECCIÓN II Tipos de Adiestramientos que proveerá

Tipo	Duración
<input type="checkbox"/> Médicos	<input type="checkbox"/> ____ horas
<input type="checkbox"/> Ocupacional	<input type="checkbox"/> ____ horas
<input type="checkbox"/> Buenas Prácticas Agrícolas	<input type="checkbox"/> ____ horas
<input type="checkbox"/> Buenas Prácticas de Manufactura	<input type="checkbox"/> ____ horas
<input type="checkbox"/> Dispensador	<input type="checkbox"/> ____ horas

Total de aranceles a pagar	
Solicitud: \$850.00 Renovación: \$350.00	\$ _____
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