



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):

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Afirmación y Consentimiento (CM-A-01)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Autorización de investigación de antecedentes personales y divulgación de información (CM-A-02)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Autorización para divulgar información (CM-A-03)

Información adicional:

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	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.									
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Certificado de Antecedentes Criminales mediante la comparación de huellas dactilares (“background check”), de no más de tres (3) meses de la fecha en que se emitió de todos los dueños, socios, accionistas y miembros de la Junta de Oficiales o Junta de Directores.									
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Copia de Certificado de Incorporación, incluyendo todas las enmiendas, según aplique.									
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Artículos o estatutos de Organización, incluyendo enmiendas y acuerdos de accionistas, según aplique.									
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Evidencia de autorización para hacer negocios en el Estado Libre Asociado de Puerto Rico (Registro de Comerciante), según aplique.									
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Propuesta individual para cada uno de los adiestramientos que vaya a ofrecer que incluya: <table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Prontuario con una descripción y un desglose de los temas que se discutirán.</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Resumes, credenciales y certificaciones de los recursos que ofrezcan los adiestramientos.</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Copia del material que se le va a proveer a los participantes del curso en formato digital.</td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Prontuario con una descripción y un desglose de los temas que se discutirán.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Resumes, credenciales y certificaciones de los recursos que ofrezcan los adiestramientos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Copia del material que se le va a proveer a los participantes del curso en formato digital.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Prontuario con una descripción y un desglose de los temas que se discutirán.									
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Resumes, credenciales y certificaciones de los recursos que ofrezcan los adiestramientos.									
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Copia del material que se le va a proveer a los participantes del curso en formato digital.									

Entrega de solicitud:

- No se aceptarán solicitudes incompletas, debe entregar todos los documentos requeridos.
- Debe incluir el pago de derechos correspondientes mediante sello de rentas internas del Departamento de Hacienda con el **código 5135**. (Véase el Artículo 129 del Reglamento 9038 “Reglamento para Manejar el Estudio, Desarrollo e Investigación del Cannabis para la Innovación, Normas Aplicables y Límites).
- Debe someter toda información referente a su solicitud en el orden provisto en este formulario.
- Debe someter su solicitud **personalmente a la siguiente dirección: Oficina de la Junta Reglamentadora del Cannabis Medicinal Edificio 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"/> 6 horas
<input type="checkbox"/> Licencia Ocupacional	<input type="checkbox"/> 6 horas
<input type="checkbox"/> Dispensador	<input type="checkbox"/> 6 horas
<input type="checkbox"/> Personal de Seguridad	<input type="checkbox"/> 6 horas
<input type="checkbox"/> Buenas Prácticas Agrícolas	<input type="checkbox"/> ____ horas
<input type="checkbox"/> Buenas Prácticas de Laboratorio	<input type="checkbox"/> ____ horas
<input type="checkbox"/> Buenas Prácticas de Manufactura	<input type="checkbox"/> ____ horas

Total de derechos a pagar	<input type="checkbox"/> Solicitud: \$850.00 <input type="checkbox"/> Renovación: \$350.00	\$ _____	Sello de Rentas Internas
Nombre y firma del Solicitante		Fecha ____ / ____ / ____ día mes año	
Nombre y firma del Inspector que recibe los documentos (Para uso de la Oficina)		Fecha ____ / ____ / ____ día mes año	

