

**SOLICITUD 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. **Deberá presentar la solicitud antes de realizar el cambio propuesto.**

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"/> | Evidenciar titularidad del establecimiento propuesto. En caso de alquiler presentar contrato de arrendamiento o carta de consentimiento del dueño disponiendo la intención de arrendar el local para establecimiento de Cannabis Medicinal. |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Mapa de zonificación certificado por un agrimensor, ingeniero o arquitecto licenciado que disponga que el establecimiento propuesto se encuentra a una distancia de por lo menos cien (100) metros radiales de distancia de una escuela. |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Certificación de dirección física exacta. |

Entrega de solicitud:

- No se aceptarán solicitudes incompletas, debe entregar todos los documentos requeridos.
- Debe incluir el pago de derechos correspondientes, mediante cheque certificado, cheque de gerente o giro a nombre del Secretario de Hacienda (Véase el Artículo 129 del Reglamento 9038 "Reglamento para Manejar el Estudio, Desarrollo e Investigación del Cannabis para la Innovación Normas Aplicables y Límites").
- La Junta Reglamentadora del Cannabis Medicinal se reserva el derecho de requerir información y documentación adicional durante el proceso de evaluación de cada solicitud. La información adicional deberá ser provista a la Oficina en o antes de diez (15) días a partir de que sea requerida.
- 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 y Establecimiento / Solicitante			
Nombre del dueño			
Dirección física actual de la facilidad a ser re ubicada			
Pueblo	Código Postal	Teléfono	Correo Electrónico
Dirección física de la nueva ubicación propuesta			
Pueblo	Código Postal	Teléfono	
Total de derechos a pagar Según el Art. 129 del Reglamento 9038, deberá calcular el veinticinco por ciento (25%) de derechos pagado por el establecimiento que desea re ubicar.			\$
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