



SOLICITUD MODIFICACIÓN ESTABLECIMIENTO DE CANNABIS MEDICINAL

Número de Solicitud

(Para uso de la Oficina)

Fecha de la solicitud

____ / ____ / ____
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 inscripción separada e individual en el registro por cada local, oficina, laboratorio, sucursal o establecimiento principal o de práctica profesional, donde el solicitante cultive, manufacture, distribuya, realice pruebas de calidad de laboratorio o dispense Cannabis Medicinal. **Esta solicitud se utilizará para aumentar o reducir la capacidad de pie cuadrado de un cultivo o manufactura, de igual forma para cualquier modificación a un establecimiento con licencia previa.**

Solicitante N/A Uso oficial

Transparencia Corporativa:

- Carta explicativa donde exponga los motivos y razones para la modificación.
- Informe de ubicación. Deberá preparar un Informe de ubicación individual para cada establecimiento de cannabis medicinal que solicite. Cada informe será en forma narrativa, detallado y debe de incluir la siguiente información:
 - 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. (Según aplique) (Aplicable de ser un área anexa y/o externa a la aprobada previamente por la Junta Reglamentadora del Cannabis Medicinal)
 - Certificación de dirección física exacta.
- Plano detallado del establecimiento propuesto.

Entrega de solicitud:

- o No se aceptarán solicitudes incompletas, debe entregar todos los documentos requeridos.
- o 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”).
- o 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.
- o Debe someter toda información referente a su solicitud en el orden provisto en este formulario.
- o 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/o Establecimiento / Solicitante		
Dirección física del establecimiento		
Pueblo	Código Postal	Correo Electrónico
Teléfono	Seguro Social Patronal	



SECCIÓN II Cálculo de derechos de establecimientos propuestos			
Indique la cantidad de establecimientos que propone modificar en el encasillado de "Establecimientos propuestos" correspondiente al tipo de establecimiento que propone. Si el establecimiento que propone ya cuenta con Precalificación o Licencia de una categoría menor de pie cuadrado que la que solicita realizar, deberá pagar la diferencia resultante de lo ya pagado y lo correspondiente a la nueva categoría. Finalmente, sume el total de cantidades que haya escrito en todos los encasillados del "Derecho correspondiente" y escríbalo a la derecha del encasillado inferior denominado "Total de derechos".			
CULTIVO			
Tipo	Derecho por establecimiento	Establecimientos propuestos	Derecho correspondiente
Área de cultivo de hasta 10,000 p ²	\$10,000.00		
Área de cultivo desde 10,001 p ² hasta 20,000 p ²	\$15,000.00		
Área de cultivo desde 20,001 p ² en adelante	\$25,000.00		
MANUFACTURA			
Tipo	Derecho por establecimiento	Establecimientos propuestos	Derecho correspondiente
Solicitud para manufactura (Infundidos con extracciones basados en agua y/o alimentos)	\$7,500.00		
Solicitud para manufactura (A base de extracciones con químicos y gases flamables)	\$15,000.00		
TOTAL DE DERECHOS			
Total de derechos a pagar	\$	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		