



## DECLARACION DEL DIRECTOR TECNICO DEL BOTIQUIN

El que suscribe \_\_\_\_\_

Cédula de identidad \_\_\_\_\_ \_profesión\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_efectúa las funciones

Del Director Técnico del botiquín de medicamentos de \_\_\_\_\_

ubicado en \_\_\_\_\_

en la ciudad de \_\_\_\_\_ a contar de la siguiente fecha

\_\_\_\_\_.

El horario de desempeño laboral en la función señalada es de

Lunes a Viernes de \_\_\_\_\_ hrs a \_\_\_\_\_ hrs.

Sábado de : \_\_\_\_\_ hrs a \_\_\_\_\_ hrs

Domingo y Festivos de : \_\_\_\_\_ hrs a \_\_\_\_\_ hrs.

\_\_\_\_\_

Fecha

\_\_\_\_\_

Firma

\_\_\_\_\_

Firma Director/a

Mi domicilio particular es:....., comuna de.....

Correo electrónico: ..... Fono particular.....

### **Antecedentes requeridos:**

1) Certificado de título original o copia legalizada (copia fiel del original)

2) Fotocopia carné ambos lados

3) Si es extranjero, **adicionalmente** copia legalizada de certificado del Ministerio de Relaciones Exteriores (copia fiel del original) o revalidación de título según sea el caso.

4) Certificado Inscripción Registro Nacional de Prestadores Individuales de Salud de la Superintendencia de Salud.

**Todos los documentos deben ser legalizados ante notario.**

**AL SECRETARIO REGIONAL MINISTERIAL DE SALUD  
REGION LIBERTADOR GENERAL BERNARDO O'HIGGINS**