



# Certificado de Libre Regencia y/o actuación profesional

**MINISTERIO DE SALUD DE LA NACIÓN DIRECCION NACIONAL  
DE HABILITACIÓN, FISCALIZACIÓN Y SANIDAD DE FROTERAS.**

El que suscribe .....  
CUIL/CUIT N° ....., con domicilio electrónico  
..... ,  
declaro ser de Profesión ..... y poseer Matrícula  
Nacional N° ....., expedida por esta Dirección Nacional.

Manifiesto en carácter de **DECLARACIÓN JURADA**, que **NO**  
desempeño cargo alguno en el ámbito de la Ciudad Autónoma de Buenos  
Aires como Director Técnico u/o Auxiliar Farmacéutico a la fecha.

Asimismo, informo que, dicha Matrícula **NO REGISTRA NINGUNA  
SANCIÓN** impuesta por esta Dirección Nacional de acuerdo con lo  
normado en la Ley de Actividad Farmacéutica N° 17565 y su Decreto  
Reglamentario N° 7123/68.

---

FIRMA Y SELLO DEL DECLARANTE

**DIRECCIÓN NACIONAL DE HABILITACIÓN,  
FISCALIZACIÓN Y SANIDAD DE FRONTERAS**