

|  |   |  |  |
|--|---|--|--|
|  | <b>CONSEJO SUPERIOR DE SALUD PÚBLICA</b><br><b>JUNTA DE VIGILANCIA DE LA PROFESIÓN</b><br><b>QUÍMICO FARMACÉUTICA</b> | <b>Código:</b><br><b>CSSP-JVPQF-RD-1-2</b> |  |
|  |   | <b>Versión: 02</b>                         |  |
|  | <b>SOLICITUD DE REPOSICIÓN DEL DIPLOMA</b>  | <b>Fecha: 14/02/2024</b>                   |  |
|  |   | <b>Página 1 de 1</b>                       |  |

SEÑOR(A) PRESIDENTE(A)  
DE LA JUNTA DE VIGILANCIA DE LA  
PROFESIÓN QUÍMICO FARMACÉUTICA  
PRESENTE.-

Yo, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_ años de  
edad, con domicilio en \_\_\_\_\_, con  
Documento Único de Identidad No. \_\_\_\_\_, Inscrito(a) en la Junta de Vigilancia  
de la Profesión Químico Farmacéutica como: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_, bajo el No. \_\_\_\_\_, actualmente trabajo en \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_, ubicada en: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_, teléfono: \_\_\_\_\_.

Atentamente solicito la elaboración de la reposición de mi DIPLOMA, que certifica que me  
encuentro legalmente inscrito(a) en la Junta de Vigilancia.

Lugar y fecha: \_\_\_\_\_

Firma y sello: \_\_\_\_\_

Señalo para oír notificaciones:

Teléfono: \_\_\_\_\_

Email (@): \_\_\_\_\_

**NOTA:** Cancelará \$8.57 por el trámite.