

**MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA – SISTEMA PROVINCIAL DE SALUD**  
**DIRECCIÓN GENERAL DE FISCALIZACIÓN SANITARIA**  
**DPTO. DE FISCALIZACIÓN FARMACÉUTICA Y TECNOLOGÍA MÉDICA**

---

San Miguel de Tucumán,..... de..... 201....

A la Sra. Jefa del Dpto. de Fiscalización  
Farmacéutica y Tecnología Médica

**FARM. SANDRA MIOTTI**

**SU DESPACHO:**

De mi mayor consideración:

La/El que suscribe, Farmacéutico/a .....,  
MP....., en carácter de propietario y/o Director Técnico de Farmacia  
....., sita en calle .....,  
....., de la ciudad de .....,  
provincia de Tucumán, comunica por medio de la presente declaración jurada que la farmacia  
arriba mencionada permanecerá cerrada por vacaciones desde el ....., hasta el  
.....inclusive, por el término de ..... días. Asimismo se informa a Ud. que la guardia  
farmacéutica asignada a mi establecimiento corresponde al ..... turno, y será cubierto el  
..../..../....., por la Farmacia....., cuyo/a director/a técnico/a es el/la  
Farm. ...., el que deberá ser denunciado con una antelación mínima  
de 10 (diez) días. (Plazo Máximo para cierre 30 días, según Art. N° 22 - Ley 5483/83 TC).

Sin más, saludo a Ud. atentamente.

.....  
Firma Farmacia Turno

.....  
Firma del Declarante

.....  
Sello

.....  
Dirección

.....  
Teléfono

.....  
Autorizado SI- NO