

**SOLICITUD DE RENOVACIÓN Y/O REACTIVACIÓN
CERTIFICADO DE REGISTRO SUSTANCIAS CONTROLADAS****I. Datos Personales**

1. _____
Nombre de la Persona Natural o Jurídica _____ Número de Registro _____
2. Fecha de nacimiento _____ 3. Licencia de Conducir o Pasaporte _____
4. Área de la medicina que ejerce o especialidad: _____
5. Tiempo en la práctica de la medicina _____
6. Lugar y Dirección del lugar de Trabajo: _____

7. Dirección Residencial: _____ Teléfono: _____
8. Dirección Postal del Registrado: _____

9. Correo electrónico: _____@_____.com
10. Dirección donde desea recibir la correspondencia: () Lugar de Trabajo () Residencial () Postal
11. ¿Ha residido fuera de Puerto Rico? () Sí () No
En caso de ser afirmativo, indique años y lugares:

12. Número de Licencia Profesional _____ Número de Registro _____ (acompañe copias).
13. Número de Licencia para operar establecimientos _____ (acompañe copia)

II. Realizó transacciones de sustancias controladas teniendo el Certificado de Registro expirado:

() Sí () No

III. Deberá acompañar con esta solicitud el siguiente documento:

1. Moción de Reconsideración de Multa Administrativa (DS-OI-056)

***Toda comunicación sobre el proceso de renovación o reactivación será remitida a la dirección que aparece en esta solicitud. Es responsabilidad del médico complementar este formulario de forma clara y legible.**

La información suministrada en este documento es correcta. De ser falsa conlleva la denegación del registro, conforme al Artículo 304 (a)(2) de la Ley # 4 de Sustancias Controladas de Puerto Rico, según enmendada.

Firma del Registrado

Fecha de Solicitud