

Contralorías Sanitarias Estadales  
División de Regulación y Control de Drogas, Medicamentos y Cosméticos

## DECLARACIÓN JURADA

Yo, \_\_\_\_\_ portador de la Cédula de identidad N° \_\_\_\_\_ actuando en mi carácter de Solicitante, ante la Contraloría Sanitaria del Estado \_\_\_\_\_, hoy \_\_\_\_\_, con respecto a la Solicitud realizada \_\_\_\_\_,

declaro bajo juramento que reconozco, acepto y cumplo con todas las normas sanitarias que competen al tipo de permiso que estoy solicitando al **SERVICIO AUTÓNOMO DE CONTRALORÍA SANITARIA (SACS)**, así mismo doy fe de que el contenido total de la información suministrada, así como los documentos respectivos, son absolutamente ciertos y veraces. A la vez manifiesto que poseo todos los requisitos necesarios para solicitar este permiso y prestaré toda colaboración y facilitaré los recaudos que requiera el **SACS** al momento de realizar la inspección pertinente.

PULGAR IZQUIERDO	PULGAR DERECHO

\_\_\_\_\_  
**FIRMA DEL FARMACEUTICO(A) SOLICITANTE**

### PARA USO EXCLUSIVO DE LA CONTRALORIA SANITARIA ESTADAL

RECIBIDO POR		SELLO SACS
APELLIDOS Y NOMBRES		
CARGO		
FECHA		

F.00-CSE-DMC-OPP-AGOSTO 2022



@sacs\_ve



Servicio Autónomo de Contraloría Sanitaria



Av. Baralt, Edificio Sur, Centro Simón Bolívar, Piso 3, Oficina 324,  
El Silencio, Código Postal 1010. Caracas - Venezuela.

