



FICHA DE INSCRIPCIÓN COLFAR LARA

FOTO

DATOS PERSONALES:

CEDULA DE IDENTIDAD	APELLIDOS	NOMBRES
FECHA DE NACIMIENTO (DD/MM/YYYY)	NRO. TELEFONO CELULAR	NRO. TELEFONO HABITACION
DIRECCION DE HABITACIÓN	¿PRACTICA ALGÚN DEPORTE?	
	SI ☐ NO ☐	
	CORREO ELECTRONICO	¿CUAL DEPORTE?

DATOS PROFESIONALES:

UNIVERSIDAD	FECHA DE GRADUACIÓN (DD/MM/YYYY)
MENCIÓN	MATRICULA M.P.P.S
	INPREFAR
	COLFAR LARA

EN CASO DE TRASLADO:

COLFAR DE PROCEDENCIA	NRO. COLFAR DE	FECHA DE TRASLADO (DD/MM/YYYY)
EMPRESA DONDE TRABAJARA	RIF:	TELEFONO DE CONTACTO

DIRECCIÓN:

DECLARACIÓN JURADA:

YO DECLARO QUE TODOS LOS DATOS SUMINISTRADOS EN ESTE FORMULARIO SON VERDADEROS COMO TAMBIÉN MI DESEO DE INSCRIPCIÓN EN EL COLEGIO DE FARMACÉUTICOS DEL ESTADO LARA, ENTENDIENDO QUE MI DEBER Y RESPONSABILIDAD CUMPLIR CON LAS LEYES DISPUESTAS EN MÍ PROFESIÓN, COMO LO ES: LEY ORGÁNICA DE DROGAS, LEY DE MEDICAMENTOS, LEY DEL EJERCICIO DE LA FARMACIA Y SU REGLAMENTO, LEY DE COLEGIACIÓN FARMACÉUTICA Y SU REGLAMENTO, CÓDIGO DE ÉTICA Y MORAL FARMACÉUTICA, COMO TAMBIÉN RESPETAR LAS DECISIONES DE LAS ASAMBLEAS ESTADALES Y NACIONALES.

FIRMA:

REQUISITOS:

- 1.CARTA DE SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN
2. DOS (02) FOTOS TIPO CARNET
- 3.FOTOCOPIA DEL TITULO DE FARMACÉUTICO
- 4.FOTOCOPIA DE CEDULA DE IDENTIDAD
- 5.CARTA DE LIBRE REGENCIA
6. SOLVENCIA DE INPREFAR Y COLFAR
- 7.SOPORE DE PAGO DE INSCRIPCION
- 8.CONSIGNAR DOCUMENTOS EN CARPETA MARRON TIPO OFICIO CON GANCHO IDENTIFICADA CON SUS DATOS

PI.

PD.