



Solicitud de Certificado de Idoneidad.

Requisitos:

1) El interesado presentará ante el sector una constancia firmada por el Director Técnico y/o Directores Técnicos según el caso, que acreditan la capacidad e Idoneidad con la que el interesado desempeñó sus tareas de colaborador del Químico Farmacéutico en la Farmacia de primera Categoría.

2) Tiempo mínimo desempeñado en la Farmacia comunitaria (1era categoría) cinco años de antigüedad.

3) La constancia o la nota debe contener la siguiente información:

a) Nombre completo del interesado, Números de la Cédula de Identidad y Teléfono de contacto.

b) Nombre de la Farmacia donde desarrolló su actividad el interesado, dirección y teléfono.

c) Nombre del Director Técnico que acredita la Idoneidad del interesado, Cédula de Identidad, registrada ante el M.S.P., el cual deberá manifestar el período del tiempo que ha desempeñado tareas en la Farmacia como Director Técnico supervisor.

En la referida constancia, deberá hacerse referencia a lo dispuesto en el Art.1 lit.f del Decreto 801/986 del 04/12/1986, Reglamentario de la ley 15.703.

El interesado deberá acreditar su competencia notoria demostrando que se desempeñó en una o más farmacias durante un período mínimo de cinco años.

Asimismo, deberá expresar, si en el referido lapso de tiempo desarrolló las actividades bajo la supervisión de uno o más Directores Técnicos.

Para el caso de que la misma, hubiese sido desarrollada con diferentes Directores Técnicos, es preciso presentar las notas de los mismos que acrediten el tiempo de actividad realizada bajo su supervisión.

4) La nota será acompañada del timbre profesional correspondiente, con los documentos acreditantes si fueran varios los directores técnicos.

La solicitud será presentada con dos escritos que oficiarán de original y copia la cual será firmada por el funcionario receptor.

Modelo de nota:

Ministerio de Salud Pública
Dirección General de la Salud
División Normas e Investigación
Departamento de Registro, Uso y control de Medicamentos.

En la ciudad de departamento de, el día/...../..... Sr. y/o Sra., en mi carácter de Químico Farmacéutico, con Cédula de Identidad Directora Técnica de Farmacia desde la fecha/...../..... hasta la fecha/...../....., sita en calle N°, y en conformidad a lo dispuesto en el Artículo 1 literal f del Decreto Reglamentario N° 801/986, del 04/12/1986, reglamentario de la Ley de Farmacia, expide el presente CERTIFICADO DE IDONEIDAD EN FARMACIA DE PRIMERA CATEGORÍA, del Sr. y/o Sra., C.I., el/la cual ha cumplido en el período comprendido entre/...../..... y/...../..... de acuerdo a lo previsto en la Norma Legal.

Firma del Químico Farmacéutico

Aclaración de Firma ó sello Profesional

Timbre Profesional

Uso exclusivo para M.S.P.:

Montevideo/...../....., el Departamento de Medicamentos Certifica que el profesional firmante de este documento el/la Químico Farmacéutico, se encuentra inscripto en este Ministerio de Salud Pública desde la fecha/...../..... y ocupa y/u ocupó la Dirección Técnica de Farmacia en el periodo comprendido entre/...../..... y/...../.....