



### SOLICITUD CAMBIO DE UBICACIÓN DE ESTABLECIMIENTO DE CANNABIS MEDICINAL

Número de Solicitud

Fecha

\_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
día mes año

Debe llenar cada una de las partes de esta solicitud con claridad y en su totalidad. Si alguna respuesta no aplica a su caso, indíquelo respondiendo con N/A. Se requiere una Solicitud para Cambio de Ubicación de Establecimiento de Cannabis Medicinal separada e individual por cada local, oficina, laboratorio, sucursal o establecimiento principal o de práctica profesional para el cual el solicitante desee efectuar un cambio de ubicación que refleje información distinta a la sometida en su formulario CM-01 o cualquier solicitud de Licencia. **Deberá presentar la solicitud antes de realizar el cambio propuesto.**

**Formularios requeridos anejados y firmados (deben anejar a su solicitud los siguientes formularios completados y firmados):**

Solicitante N/A Uso oficial

- Carta explicativa donde exponga los motivos y razones para el cambio de ubicación.
- Evidenciar titularidad del establecimiento propuesto. En caso de alquiler presentar contrato de arrendamiento o carta de consentimiento del dueño disponiendo la intención de arrendar el local para establecimiento de Cannabis Medicinal.
- Mapa de zonificación certificado por un agrimensor, ingeniero o arquitecto licenciado que disponga que el establecimiento propuesto se encuentra a una distancia de por lo menos cien (100) metros radiales de distancia de una escuela.
- Certificación de dirección física exacta.

**Entrega de solicitud:**

- o No se aceptarán solicitudes incompletas, debe entregar todos los documentos requeridos.
- o Debe incluir el pago de derechos correspondientes, mediante cheque certificado, cheque de gerente o giro a nombre del Secretario de Hacienda (Véase el Artículo 129 del Reglamento 9038 “Reglamento para Manejar el Estudio, Desarrollo e Investigación del Cannabis para la Innovación Normas Aplicables y Límites”).
- o La Junta Reglamentadora del Cannabis Medicinal se reserva el derecho de requerir información y documentación adicional durante el proceso de evaluación de cada solicitud. La información adicional deberá ser provista a la Oficina en o antes de diez (15) días a partir de que sea requerida.
- o Debe someter toda información referente a su solicitud en el orden provisto en este formulario.
- o Debe someter su solicitud **personalmente a la siguiente dirección: Oficina de la Junta Reglamentadora del Cannabis Medicinal Edificio 1506 Ave. Ponce de León, 3er Piso, San Juan, Puerto Rico 00922.**

**SECCIÓN I Información General**

<b>Nombre de la Corporación y Establecimiento / Solicitante</b>			
<b>Nombre del dueño</b>			
<b>Dirección física actual de la facilidad a ser re ubicada</b>			
<b>Pueblo</b>	<b>Código Postal</b>	<b>Teléfono</b>	<b>Correo Electrónico</b>
<b>Dirección física de la nueva ubicación propuesta</b>			
<b>Pueblo</b>	<b>Código Postal</b>	<b>Teléfono</b>	
<b>Total de derechos a pagar</b> Según el Art. 129 del Reglamento 9038, deberá calcular el veinticinco por ciento (25%) de derechos pagado por el establecimiento que desea re ubicar.			<b>\$</b>
<b>Nombre y firma del Solicitante</b>			<b>Fecha</b> ____ / ____ / ____ día mes año
<b>Nombre y firma del Inspector que recibe los documentos</b> (Para uso de la Oficina)			<b>Fecha</b> ____ / ____ / ____ día mes año

