



SOLICITUD DE PROVEEDOR DE ADIESTRAMIENTO DE CANNABIS MEDICINAL

Número de Solicitud (Para uso de la Oficina)	Fecha de la solicitud ____ / ____ / ____ día mes año
--	---

La solicitud debe ser completada en su totalidad. Si alguna respuesta no aplica a su caso, indíquelo así con la respuesta N/A.

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

Solicitante	Uso oficial	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Afirmación y Consentimiento (CM-A-01)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Autorización de investigación de antecedentes personales y divulgación de información (CM-A-02)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Autorización para divulgar información (CM-A-03)

Información adicional:

- Certificación de antecedentes penales del solicitante y de ser una entidad jurídica la que está solicitando el registro, Certificación de antecedentes penales de todos los dueños, socios, accionistas y miembros de la Junta de Oficiales o Junta de Directores.
- Certificado de Antecedentes Criminales mediante la comparación de huellas dactilares (“background check”), de no más de tres (3) meses de la fecha en que se emitió de todos los dueños, socios, accionistas y miembros de la Junta de Oficiales o Junta de Directores.
- Copia de Certificado de Incorporación, incluyendo todas las enmiendas, según aplique.
- Artículos o estatutos de Organización, incluyendo enmiendas y acuerdos de accionistas, según aplique.
- Evidencia de autorización para hacer negocios en el Estado Libre Asociado de Puerto Rico (Registro de Comerciante), según aplique.
- Propuesta individual para cada uno de los adiestramientos que vaya a ofrecer que incluya:
 - Prontuario con una descripción y un desglose de los temas que se discutirán.
 - Resúmenes, credenciales y certificaciones de los recursos que ofrezcan los adiestramientos.
 - Copia del material que se le va a proveer a los participantes del curso en formato digital.

Entrega de solicitud:

- o No se aceptarán solicitudes incompletas, debe entregar todos los documentos requeridos.
- o Debe incluir el pago de derechos correspondientes mediante giro postal o cheque certificado a nombre del Secretario de Hacienda.
- 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
Nombre de la Corporación / Solicitante		
Nombre del dueño		
Dirección Postal		
Teléfono	Correo Electrónico	

ADIESTRAMIENTOS

SECCIÓN II	Tipos de Adiestramientos que proveerá
Tipo <input type="checkbox"/> Médicos <input type="checkbox"/> Licencia Ocupacional <input type="checkbox"/> Dispensador <input type="checkbox"/> Personal de Seguridad <input type="checkbox"/> Buenas Prácticas Agrícolas <input type="checkbox"/> Buenas Prácticas de Laboratorio <input type="checkbox"/> Buenas Prácticas de Manufactura	Duración <input type="checkbox"/> 6 horas <input type="checkbox"/> 6 horas <input type="checkbox"/> 6 horas <input type="checkbox"/> 6 horas <input type="checkbox"/> ____ horas <input type="checkbox"/> ____ horas <input type="checkbox"/> ____ horas

Total de derechos a pagar <input type="checkbox"/> Solicitud: \$850.00 <input type="checkbox"/> Renovación: \$350.00

Nombre y firma del Solicitante	Fecha ____ / ____ / ____ día mes año
Nombre y firma del Inspector que recibe los documentos (Para uso de la Oficina)	Fecha ____ / ____ / ____ día mes año

