

**AUTORIZACIÓN PARA FIRMAR**

Registro Número: _____

Nombre del Registrado: _____

Dirección del Registrado: _____

Por la presente autorizo a: _____

Quien es funcionario y/o empleado de _____

(Nombre de persona o firma registrada)

para firmar todo formulario oficial de control de sustancias, de acuerdo con la ley de Sustancias Controladas de Puerto Rico, Ley Núm. 4 – aprobada del 23 de junio de 1971, como también solicitudes de Inscripción, o Re-inscripción, aceptando, la responsabilidad legal o administrativa en que incurra en cumplimiento de la referida ley, relacionada con la autorización aquí señalada.

Dada hoy _____ de _____ de 20_____
Día mes año_____
(Firma y título)**ACEPTACIÓN**YO _____ funcionario y/o empleado
(Nombre de la persona que se autoriza)

De _____ mayor de edad, de estado civil _____

Y residente en _____
(Dirección completa)Por la presente acepto la autorización que se me otorga en este documento _____
(Nombre de la persona que firma la autorización)

_____, con la responsabilidad legal y administrativa que esto conlleva.

Se incluye la forma DS-OI 001 (Declaración Jurada) debidamente cumplimentada.

Fecha_____
Firma persona autorizada por el registrado**APROBACIÓN**Aprobada hoy _____ de _____ de 20_____
Día mes año_____
Director Oficina de Investigaciones o su Representante**Instrucciones:**

1. Esta forma se cumplimentará en original solamente.
2. La persona que asume la responsabilidad para la firma deberá de cumplimentar la forma DS-OI 001, Declaración jurada, presentar copia de sus Credenciales Profesionales, Certificado de Antecedentes Penales de la Policía de Puerto Rico y una foto 2x2.