

**SOLICITUD: AUTORIZACIÓN SANITARIA DE RENUNCIA
A DIRECCIÓN TÉCNICA/ Q.F. ASISTENTE**

SR. GERENTE REGIONAL DE SALUD LAMBAYEQUE

ATENCIÓN:

DIRECTOR EJECUTIVO DE MEDICAMENTOS, INSUMOS Y DROGAS

Yo,, con profesión Química(o)
Farmacéutica(o) C.Q.F.P. N°, me presento y digo lo siguiente:

Que recurriendo a su despacho, solicito a usted, ordene a quien corresponda emitir la
AUTORIZACIÓN SANITARIA DE RENUNCIA A DIRECCIÓN TÉCNICA/Q.F. ASISTENTE, del
Establecimiento Farmacéutico de la....., ubicada
en..... Distrito de....., Provincia
de.....y Departamento de.....

Por lo expuesto, ruego a usted, acceder a mi petición por ser de justicia que espero alcanzar.

Atentamente,

Chiclayo,.....

NOMBRE Y APELLIDOS

FIRMA, HUELLA DIGITAL Y SELLO

DNI N°..... C.Q.F.P. N°.....

Email: _____

Celular _____

Fijo _____

