



**Colegio Profesional
de Farmacéuticos
de la Provincia del Chubut**

CONSTANCIA

Por medio de la presente DEJAMOS CONSTANCIA que:

Con DNI Nro. :

Y Domicilio en:

Se desempeña como **personal de salud** en FARMACIA

Con dirección en

En consecuencia es integrante del sistema sanitario exceptuado de guardar aislamiento social obligatorio con el objeto de permitir a la población el acceso a medicamentos y servicios Farmaceuticos.

Solicitamos la colaboración de las autoridades para su libre tránsito destinado al cumplimiento de sus funciones.

Muchas Gracias.-

.....

Firma Y Aclaración

Director Técnico Responsable