

# República Dominicana

## Gobierno de la República Dominicana



Ministerio de Salud Pública



## Dirección Nacional de Control de Drogas

A

## SOLICITUD

No. CIDC

## CERTIFICADO DE INSCRIPCIÓN DE SUSTANCIAS CONTROLADAS

- CLASE A -

## **IDENTIFICACIÓN**

IDENTIFICACIÓN	
1) Nombre del Profesional	
2) Dirección/Correo Postal (P.O.B)	
3) Cédula de Identidad y Electoral	4) Exequáтур
6) Teléfono(s) Residencial	5) No. Colegiatura
8) Lugar de Trabajo	7) Celular
10) Dirección del Lugar de Trabajo	9) E-mail
11) Teléfono(s)	<b>DNCD</b>
<b>12) PROFESIÓN</b>	<b>13) ESTATUS</b>
<input type="checkbox"/> a) Medicina <input type="checkbox"/> b) Medicina Veterinaria <input type="checkbox"/> c) Odontología <input type="checkbox"/> d) Otra, especifique	<input type="checkbox"/> a) Primera Solicitud <input type="checkbox"/> b) Renovación <input type="checkbox"/> c) Solicitud anterior negada <input type="checkbox"/> d) CIDC reprobado, suspendido <input type="checkbox"/> e) Otra, especifique
CATEGORIAS de Drogas Controladas que tendrá derecho a prescribir o administrar: <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV	Si su respuesta fue b o d, No. CIDC Si su respuesta fue c, d o e explique el motivo en el reverso de este formulario. (Renglón No. 13)
<b>14) SUMA A PAGAR: RD\$</b>	
Fecha Solicitud	/ /
Firma Interesado	
Fecha aprobado	Sólo Para Uso Interno
	No. Factura
	Fecha pago

Sólo Para Uso Interno

No. Factura

### Fecha pago

- VER AL DORSO -

**RENGLÓN NO. 13****DETALLES C,D Y E****Nota:**

*Este permiso no es válido si:*

- a) *No está debidamente firmado y sellado por los funcionarios autorizados por MSP y DNCD.*
- b) *Los renglones que lo conforman no están completos.*
- c) *Si se determina que los datos suministrados para su autorización no corresponden con la verdad.*
- d) *Tiene tachaduras o borraduras en su contenido.*

**Advertencia:**

*El código Penal de la República Dominicana sanciona la falsificación, alteración o falsedad de escritura técnica o pública.*