

CERTIFICACION

ADVERTENCIA: Cualquier información provista en esta solicitud que resulte ser falsa podrá dar base al Departamento de Salud para la imposición de multas, suspensión o revocación de la licencia otorgada.

Yo _____ mayor de edad, vecino de _____
certifico que toda la información que antecede en esta solicitud es la **VERDAD**.

Hoy _____ de _____ de _____

Puesto que ocupa

Firma

Incluir cheque certificado o giro postal a nombre del Secretario de Hacienda por \$ 75.00

USO OFICIAL

Fecha de evaluación _____

Aprobada () Denegada ()

Oficial Examinador _____

Razones _____