Ciudad, fecha de mes de año.

Msc. Qco. Fco. Jorge Iliou Silvero

Director Nacional

Dirección Nacional de Vigilancia Sanitaria

**Presente**

El/la que suscribe ……………………………………………………… de profesión: Visitador Médico / Transportador de Especialidades Farmacéuticas , con documento de identidad Nº …………………………, con fecha de nacimiento …………………, grupo sanguíneo.………………, domiciliado en ……………………………………………………………………, solicita su inscripción como empleado de la firma …………………………………………………, sito en …………………………………………………………………………………………… y teléfono Nº ………………………………..

xxxxx

ciijiidxxx

Atentamente.

**………………….……………..**

Firma del interesado/a

**Observación:**

Esta solicitud deberá estar acompañada de:

|  |  |
| --- | --- |
|  | Dos (2) fotos tipo carnet (2x2). |
|  | Una (1) fotocopia de cédula de identidad autenticada. |
|  | Certificado de trabajo original. |

Para uso exclusivo de DINAVISA:

|  |  |
| --- | --- |
| Tomo |  |
| Folio |  |
| Nº de carnet |  |