



**AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN**

<b>Número de solicitud</b> (Para uso de la Junta)	<b>Fecha de la solicitud</b>  ____ / ____ / ____ día mes año
--	---

Por la presente autorizo a todas las personas a las que este documento les sea presentado a divulgar información sobre mí, a un agente debidamente designado de la Junta Reglamentadora del Cannabis Medicinal del Departamento de Salud, (en adelante la Junta), incluyendo aquella información que de otro modo estaría protegida contra su divulgación por cualquier disposición legal, constitucional o estatutaria estatal o federal.

Por la presente autorizo a todas las personas a las que este documento se les sea presentado a permitir que un agente debidamente designado de la Junta revise y copie cualquier documento relacionado a mí, incluyendo aquella información que de otro modo estaría protegida contra su divulgación por cualquier disposición legal, constitucional o estatutaria estatal o federal.

Por la presente autorizo al Departamento de Hacienda a permitir que un agente debidamente designado de la Junta obtenga, reciba, revise, copie, analice y utilice cualquier información de contribuciones o documentos relacionados o relativos a mí, incluyendo aquella información que de otro modo estaría protegida contra su divulgación por cualquier disposición legal, constitucional o estatutaria estatal o federal.

Si la persona a la que se presenta este documento es una firma de corretaje, institución bancaria, u otra institución financiera o un oficial de la misma, por la presente autorizo a que un agente debidamente designado de la Junta se le permita revisar y obtener copias de todos los documentos, registros o la correspondencia relacionada a mí, incluyendo pero no limitado a la información de préstamos pasados, notas confirmadas por mí, comprobantes de los registros de cuentas, los registros de depósitos de ahorro, los registros de cajas de seguridad, los registros de libreta, y hojas en folio del libro mayor.

Entiendo que la concesión de un establecimiento y/o licencia de cannabis medicinal es un privilegio. Reconozco que el peso de probar mis calificaciones para una determinación favorable recae en todo momento sobre mí.

Estoy de acuerdo en indemnizar y mantener indemne a la persona a la que se presenta esta autorización y sus agentes y empleados de y contra todas las reclamaciones, daños, pérdidas y gastos, incluyendo honorarios razonables de abogados, que surja de o por razón de cumplir con esta solicitud.

Una reproducción de esta solicitud por fotocopias o proceso similar será para todos los efectos tan válida como la original.

La información que por la presente autorizo a divulgar, puede ser solicitada y provista exclusivamente para propósitos de evaluar una solicitud de establecimiento y/o licencia de cannabis medicinal. La Junta deberá garantizar la confidencialidad de la información a esta divulgada.

<b>Nombre del establecimiento</b>		<b>Fecha</b>
<b>Apellido</b>	<b>Nombre</b>	<b>Inicial</b>
<b>Título</b>	<b>Firma</b>	
Escriba el nombre completo del Representante Autorizado.		

Y PARA QUE ASÍ CONSTE, juro y suscribo la misma en \_\_\_\_\_, Puerto Rico, a \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 201\_\_.

\_\_\_\_\_  
 Firma del Solicitante

Afidávit Número \_\_\_\_\_

Jurado y suscrito ante mí por \_\_\_\_\_, de las circunstancias personales anteriormente descritas y a quien doy fe de conocer personalmente o identifico mediante \_\_\_\_\_, la cual contiene foto y firma, en \_\_\_\_\_, Puerto Rico, hoy día \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
 Notario Público

**NOTA: En caso de Solicitud de Establecimiento, deberá entregarse una autorización por cada dueño, socio, accionista y miembro de la Junta de Oficiales o Junta de Directores.**

