



SOLICITUD CAMBIO DE UBICACIÓN DE ESTABLECIMIENTO DE CANNABIS MEDICINAL

Número de Solicitud	Fecha ____ / ____ / ____ día mes año
----------------------------	---

Debe llenar cada una de las partes de esta solicitud con claridad y en su totalidad. Si alguna respuesta no aplica a su caso, indíquelo respondiendo con N/A. Se requiere una Solicitud para Cambio de Ubicación de Establecimiento de Cannabis Medicinal separada e individual por cada local, oficina, laboratorio, sucursal o establecimiento principal o de práctica profesional para el cual el solicitante desee efectuar un cambio de ubicación que refleje información distinta a la sometida en su formulario CM-01 o cualquier solicitud de Licencia.

Formularios requeridos anejados y firmados (deben anejar a su solicitud los siguientes formularios completados y firmados):

Solicitante	N/A	Uso oficial	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Carta explicativa donde exponga los motivos y razones para el cambio de ubicación.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nueva Solicitud de Licencia correspondiente al establecimiento a ser reubicado (Véase Art. 99 inciso B del Reglamento 9038).
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Copia de la escritura, contrato de arrendamiento, compraventa y otro documento que rija los términos y las condiciones del uso de la facilidad donde propone mover su establecimiento. Si él o la solicitante no es el dueño de esa propiedad, deberá incluir un documento que rija las condiciones de uso que refleje que la propiedad será utilizada como establecimiento de Cannabis Medicinal.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Prueba de cumplimiento con el requisito de ubicación de al menos cien (100) metros radiales de distancia de una escuela, centro preescolar o centro de cuidado de niños certificada por un ingeniero, agrimensor o arquitecto debidamente licenciado en el Estado Libre Asociado de Puerto Rico para la nueva ubicación propuesta.

Entrega de solicitud:

- o No se aceptarán solicitudes incompletas, debe entregar todos los documentos requeridos.
- o Debe incluir el pago de derechos correspondientes, mediante giro postal o cheque certificado a nombre del Secretario de Hacienda).
- o La Junta Reglamentadora del Cannabis Medicinal se reserva el derecho de requerir información y documentación adicional durante el proceso de evaluación de cada solicitud. La información adicional deberá ser provista a la Oficina en o antes de diez (15) días a partir de que sea requerida.
- o Debe someter toda información referente a su solicitud en el orden provisto en este formulario.
- o Debe someter su solicitud **personalmente a la siguiente dirección: Oficina de la Junta Reglamentadora del Cannabis Medicinal Edificio 1506 Ave. Ponce de León, 3er Piso, San Juan, Puerto Rico 00922.**

SECCIÓN I Información General

Nombre de la Corporación / Solicitante		
Nombre del dueño		
Dirección física actual de la facilidad a ser re ubicada		
Pueblo	Código Postal	Teléfono
Dirección física de la nueva ubicación propuesta		
Pueblo	Código Postal	Teléfono
Total de derechos a pagar Según el Art. 129 del Reglamento 9038, deberá calcular el veinticinco por ciento (25%) de derechos pagado por el establecimiento que desea re ubicar.	\$	
Nombre y firma del Solicitante	Fecha ____ / ____ / ____ día mes año	
Nombre y firma del Inspector que recibe los documentos (Para uso de la Oficina)	Fecha ____ / ____ / ____ día mes año	