

ANEXO I



SOLICITUD DE INSCRIPCION EN EL REGISTRO MUNICIPAL DE USUARIOS DE ACEITE DE CANNABIS DEL PARTIDO DE RIVADAVIA
ORDENANZA N° 4248/2019 DECRETO REGLAMENTARIO N° 2053/2019

El presente documento reviste carácter de DECLARACIÓN JURADA.
La autoridad de Aplicación se reserva el derecho de verificar los datos declarados.

N° DE INSCRIPCIÓN:

NOMBRE Y APELLIDO:

DOMICILIO CULTIVADOR:

DOMICILIO DE CULTIVO:

TIPO DE CULTIVO (marque lo que corresponda)

INDOOR ☐

OUTDOOR ☐

MACETA ☐

TIERRA ☐

CAPACIDAD ☐ lts.

CANTIDAD DE PLANTAS CULTIVADAS:

TIPO DE CEPAS CULTIVADAS:

RECETA MEDICA DE FECHA:

DOSIS INDICADA:

SOLICITA BOTON ALERTA:

SI ☐

NO ☐

NOTA

LA PRESENTE DECLARACION JURADA Y SU FORMULARIO ANEXO, DEBERAN SER ACTUALIZADAS EN FORMA ANUAL, SIENDO ESTO CONDICION INDISPENSABLE PARA MANTENER LA INSCRIPCION EN EL PRESENTE REGISTRO MUNICIPAL DE USUARIOS DE ACEITE DE CANNABIS DEL PARTIDO DE RIVADAVIA.

Toda modificación no informada en tiempo y forma, o falsificación detectada en los datos consignados en la presente Declaración Jurada y/o el formulario Anexo, provoca la nulidad inmediata del presente Registro y sus efectos.

Firma y aclaración (Solicitante)

ANEXO II



Sistema Integrado
de Información
Sanitaria Argentina

Secretaría de Políticas,
Regulación e Institutos



Ministerio de Salud
Presidencia de la Nación



Programa Nacional para el Estudio y la Investigación del uso medicinal de la planta de cannabis, sus derivados y tratamientos no convencionales

Solicitud de Inscripción al Registro Nacional de Pacientes en Tratamiento con Cannabis (RECANN)

El presente documento reviste carácter de DECLARACIÓN JURADA.
La Autoridad de Aplicación se reserva el derecho de verificar los datos declarados.

A completar por el interesado

Datos de la persona que requiere la inscripción al registro

Apellido y nombre: _____
 Tipo y n° doc.: _____ Fecha de nac.: _____
 Domicilio constituido: _____
 Localidad: _____ Provincia: _____ C.P.: _____
 Teléfono particular (opcional): _____ Teléfono celular: _____
 Correo electrónico: _____
 Obra social: _____

Datos del Padre / Madre / Tutor o Encargado

(Completar en caso de paciente menor de edad)

Apellido y nombre: _____ Tipo y n° doc.: _____ Fecha de nac.: _____
 Domicilio: _____ Localidad: _____ Provincia: _____ C.P.: _____
 Vínculo con la persona que requiere la inscripción: _____
 Teléfono particular (opcional): _____ Teléfono celular: _____
 Correo electrónico: _____
 Obra social: _____
 ¿Desea integrar el REGISTRO DE FAMILIARES? ☐ Si ☐ No

A completar por el médico

Datos del médico

Apellido y nombre: _____ Tipo y n° doc.: _____
 Matrícula profesional: _____ Especialidad: _____
 Teléfono particular (opcional): _____ Teléfono celular: _____
 Correo electrónico (opcional): _____
 Resumen de Historia Clínica: _____

Diagnóstico y Patologías asociadas: _____

Tratamiento: _____

Justificación del cambio de esquema: _____

Producto indicado: _____

El médico se compromete a brindar información cuatrimestral de los signos, síntomas desarrollados por el paciente y la expresa necesidad de continuar en el RECANN durante el tratamiento, siendo esta condición indispensable para mantener la inscripción, en caso de aceptar la presente solicitud.

Firma y Aclaración

Sello

Lugar y Fecha

El Programa se encuentra facultado para solicitar documentación, informes y/o estudios complementarios que considere necesarios para determinar la inscripción.

Lugar y Fecha

Firma y Aclaración de quien requiere la inscripción, y/o padre, tutor o encargado

ANEXO III



REINSCRIPCIÓN EN EL REGISTRO MUNICIPAL DE USUARIOS DE ACEITE DE CANNABIS DEL
PARTIDO DE RIVADAVIA
ORDENANZA N° 4248/2019 DECRETO REGLAMENTARIO N° 2053/2019

El presente documento reviste carácter de DECLARACIÓN JURADA.
La autoridad de Aplicación se reserva el derecho de verificar los datos declarados.

En América, Pcia. de Buenos Aires, a los ____ días del mes de _____ de 20____, el/la
Sr/Sra _____, DNI _____, con motivo
de _____,
solicita la Reinscripción al Registro Municipal de Usuarios de Aceite de Cannabis del
Partido de Rivadavia.

Incluye alta médica: SI _____ / NO _____

NOMBRE Y APELLIDO: _____

N° DE INSCRIPCIÓN:

DOMICILIO CULTIVADOR: _____

DOMICILIO DE CULTIVO: _____

TIPO DE CULTIVO (marque lo que corresponda)

INDOOR ☐

OUTDOOR ☐

MACETA ☐

TIERRA ☐

CAPACIDAD lts.

CANTIDAD DE PLANTAS CULTIVADAS: _____

TIPO DE CEPAS CULTIVADAS: _____

RECETA MEDICA DE FECHA: _____

DOSIS INDICADA: _____

NOTA

LA PRESENTE DECLARACION JURADA Y SU FORMULARIO ANEXO, DEBERAN SER ACTUALIZADAS EN
FORMA ANUAL, SIENDO ESTO CONDICION INDISPENSABLE PARA MANTENER LA INSCRIPCION EN EL
PRESENTE REGISTRO MUNICIPAL DE USUARIOS DE ACEITE DE CANNABIS DEL PARTIDO DE RIVADAVIA.

Toda modificación no informada en tiempo y forma, o falsificación detectada en los datos consignados en la presente
Declaración Jurada y/o el formulario Anexo, provoca la nulidad inmediata del presente Registro y sus efectos.

Firma y aclaración (Solicitante)



SOLICITUD DE BAJA DEL REGISTRO MUNICIPAL DE USUARIOS DE ACEITE DE CANNABIS DEL PARTIDO DE RIVADAVIA
ORDENANZA N° 4248/2019 DECRETO REGLAMENTARIO N° 2053/2019

El presente documento reviste carácter de DECLARACIÓN JURADA.
La autoridad de Aplicación se reserva el derecho de verificar los datos declarados.

ANEXO IV



En América, Pcia. de Buenos Aires, a los ____ días del mes de ____ de 20____, el/la Sr/Sra _____, DNI _____, con motivo de _____, solicita la Baja del Registro Municipal de Usuarios de Aceite de Cannabis del Partido de Rivadavia.

Incluye alta médica: SI _____ / NO _____

NOMBRE Y APELLIDO: _____

N° DE INSCRIPCIÓN:

DOMICILIO CULTIVADOR: _____

DOMICILIO DE CULTIVO: _____

TIPO DE CULTIVO (marque lo que corresponda)

INDOOR ☐

OUTDOOR ☐

MACETA ☐

TIERRA ☐

CAPACIDAD lts.

CANTIDAD DE PLANTAS CULTIVADAS: _____

TIPO DE CEPAS CULTIVADAS:

RECETA MEDICA DE FECHA: _____

DOSIS INDICADA: _____

NOTA

LA PRESENTE DECLARACION JURADA Y SU FORMULARIO ANEXO, DEBERAN SER ACTUALIZADAS EN FORMA ANUAL, SIENDO ESTO CONDICION INDISPENSABLE PARA MANTENER LA INSCRIPCION EN EL PRESENTE REGISTRO MUNICIPAL DE USUARIOS DE ACEITE DE CANNABIS DEL PARTIDO DE RIVADAVIA.

Toda modificación no informada en tiempo y forma, o falsificación detectada en los datos consignados en la presente Declaración Jurada y/o el formulario Anexo, provoca la nulidad inmediata del presente Registro y sus efectos.

Firma y aclaración (Solicitante)