

Fecha de Solicitud: ___/___/___

Señores, Instituto de Previsión Farmacéutica (INPREFAR)

Yo, _____ Farmacéutico(a)
Venezolano(a) identificado(a) con la cédula Nº _____, inscrito en el
M.P.P.S bajo el Nº _____, en el Colegio de Farmacéuticos del _____,
bajo el Nº _____, y en este Instituto bajo el Nº _____; por medio de la
presente, solicito mi desincorporación por tiempo indeterminado de este Instituto
por la razón siguiente: _____

De igual manera, me comprometo a solicitar mi reactivación tan pronto regrese al
país

Atentamente,

Anexo: Documentos Necessarios

- Copia del Pasaporte
- Copia del Pasaje
- Solvencia de Inprefar