

DECLARACIÓN JURADA DE REGISTRO SANITARIO DE PRODUCTO COSMÉTICO O HIGIÉNICO, PARA EMPRENDEDORES.

NUEVO: RENOVACIÓN: MODIFICACIÓN:

Datos Generales:

Nombre del solicitante:	
Dirección:	
No. De Identidad:	Teléfono:
Correo Electrónico:	
Nombre de la Empresa Mercantil:	
Propietario: <input type="checkbox"/>	Representante Legal: <input type="checkbox"/> _____: <input type="checkbox"/>
DECLARO bajo juramento lo siguiente: Que tengo intención de tramitar _____ Registro Sanitario bajo la modalidad de Emprendedores, mismo que cuenta con las siguientes características:	

Datos del Titular/Distribuidor del producto:

Nombre del Titular:	
Dirección Exacta:	
Número de Identidad:	
Teléfono:	Correo Electrónico:
Nombre del Distribuidor (cuando aplique):	
Dirección de la Bodega o Distribuidora:	
Teléfono:	

Datos del Fabricante:

Nombre del Fabricante:	
Dirección del local de elaboración:	
Número de Permiso Sanitario:	
Fecha de vencimiento de Permiso Sanitario:	
Teléfono:	Correo Electrónico:

Datos del Producto:

Nombre del Producto:	
Marca del Producto:	
PRODUCTO COSMÉTICO: <input type="checkbox"/>	PRODUCTO HIGIÉNICO: <input type="checkbox"/>
Forma Cosmética (jabón en barra, champú, crema, etc.): _____ _____	Tipo de Productos: (Desinfectante, Aromatizante etc.): _____ _____
Variaciones (Aroma, tonos): _____ _____	Variaciones (Aromas): _____ _____
Presentación Comercial del Producto:	

Tipo de Modificación (cuando aplique):

Son verdaderos.

Que el producto antes mencionado es apto para uso humano y cumple con todos los requisitos, su fórmula y forma de elaboración están de acuerdo a los estándares de calidad solicitados por la Agencia de Regulación Sanitaria y los reglamentos aplicables para los Productos Cosméticos e Higiénicos, así mismo acepto que una vez que se me otorgue el trámite de: _____ Registro Sanitario para Emprendedores, en caso que los resultados de análisis de laboratorio realizados no estén estos de acuerdo a la normativa, en virtud del proceso de vigilancia y fiscalización, retiraré todo el producto del mercado a mi costo, con la solicitud de retiro emitida por la Agencia de Regulación Sanitaria, es entendido que de realizarse esta gestión por ARSA, los costos se asumirán por mi persona al primer requerimiento.

Declaro que conozco y acepto la responsabilidad civil, administrativa, y penal, por cualquier daño o perjuicio, muerte que ocasione la comercialización del producto antes descrito siempre y cuando no fuese utilizado de manera incorrecta o que el mismo no estuviese vigente. Asimismo, declaro que conozco la pena por el delito de **FALSO TESTIMONIO**.

Para los efectos oportunos, extendiendo la presente Declaración Jurada, en _____, a los _____ (____) días del mes de _____ del dos mil _____ (202____).

Firma: Titular/Propietario/ Representante Legal