



# MINISTERIO DE SALUD - PROVINCIA DEL CHUBUT

## DIRECCIÓN PROVINCIAL DE FISCALIZACIÓN y MATRICULACIÓN

### FORMULARIO N° 10 - SOLICITA LA HABILITACIÓN/RENOVACIÓN DE UN GABINETE DE TATUAJE

Al Director/a Fiscalización y Matriculación

En la localidad de \_\_\_\_\_ a los \_\_\_\_\_ días del mes \_\_\_\_\_ año

El/la que suscribe \_\_\_\_\_ DN.I. N° \_\_\_\_\_

con domicilio particular en \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_ Piso \_\_\_\_\_ Depto. \_\_\_\_\_

de la ciudad de \_\_\_\_\_ C.P. \_\_\_\_\_ Tel: \_\_\_\_\_ Cel.N° \_\_\_\_\_

Correo Electrónico \_\_\_\_\_

Proponiendo la **denominación:** \_\_\_\_\_

Sito en \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_ de la ciudad \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_ correo electrónico \_\_\_\_\_

Que funcionará/n bajo la Responsabilidad Legal de \_\_\_\_\_

D.N.I. N° \_\_\_\_\_

Las practicas de tatuajes, serán realizadas por \_\_\_\_\_

D.N.I. N° \_\_\_\_\_

#### SE ADJUNTA A LA PRESENTE SOLICITUD: (marcar con una X lo que corresponda)

- |  |                          |   |                          |                                     |                          |
|--|--------------------------|---|--------------------------|-------------------------------------|--------------------------|
| Titulo de Propiedad  | <input type="checkbox"/> | Contrato de Locación  | <input type="checkbox"/> | Documental para el uso del inmueble | <input type="checkbox"/> |
| Contrato Social  | <input type="checkbox"/> | Copia del D.N.I. y cambio de domicilio si correspondiera          |                          |                                     | <input type="checkbox"/> |
| Copia de planos aprobados  | <input type="checkbox"/> | Croquis c/identificación de locales                               |                          |                                     | <input type="checkbox"/> |
| Formulario N°  | <b>A</b>                 | Recurso humano profesional,auxiliares y técnico                   |                          |                                     | <input type="checkbox"/> |
| Formulario N°  | <b>B</b>                 | Equipamiento con: Marca, Modelo, N° de serie y año de fabricación |                          |                                     | <input type="checkbox"/> |
| Formulario N°  | <b>C</b>                 | Libro de Registro de Pacientes y/o prácticas                      | <input type="checkbox"/> | Plan de evacuación de Incendio      | <input type="checkbox"/> |
| Contrato con empresa de recolección y/o disposición final de residuos biopatogénicos |                          |   |                          |                                     |                          |
| Fotocopia de Libreta Sanitaria   | <input type="checkbox"/> | Fotocopia comprobante de vacunación de <b>HEPATITIS "B"</b>       |                          |                                     | <input type="checkbox"/> |

Boleta arancel abonado por un importe en pesos \_\_\_\_\_

En caso de **RENOVACIÓN** deberá presentar la documentación de los cambios y/o modificaciones efectuadas

OBSERVACIONES: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Declaro bajo juramento la veracidad de los datos consignados en la presente solicitud como así también en la información complementaria.-

\_\_\_\_\_  
Firma y Sello  
Responsable Legal

\_\_\_\_\_  
Firma y Sello  
Responsable Profesional o Técnico

\_\_\_\_\_  
Firma y sello funcionario actuante

Fecha: ...../...../...../