



MINISTERIO DE SALUD - PROVINCIA DEL CHUBUT

DIRECCIÓN PROVINCIAL DE FISCALIZACIÓN y MATRICULACIÓN

FORMULARIO 11 SOLICITUD DE INCORPORACIONES

Al Director/a Fiscalización y Matriculación

En la localidad de _____ a los _____ días del mes _____ año _____

El/la que suscribe _____ D.N.I. N° _____

M.P.P. N° _____ de profesión _____ Especialista _____

En calidad de responsable LEGAL ó TÉCNICO/PROFESIONAL del establecimiento denominado _____ de la ciudad _____

Sito en _____ N° _____ Tel. _____ correo electrónico _____

Habilitado mediante: Expediente N° Disposición N° Certificado N°

SOLICITA LA INCORPORACIÓN DE :

MOVIL: (Fotocopia de Título, Tarjeta Verde, Seguro) _____

EQUIPAMIENTO: Anexo Formulario "B" _____

SERVICIO en ESSCI: Formulario N° 01 Formulario "A" y "B" _____

CONSULTORIO: Anexo Formulario "A", "B" _____

AMPLIACIÓN EDILICIA: (Plano c/ampliación) _____

OTROS: _____

A tal efecto adjunto la documentación que se detalla a continuación:

Boleta arancel abonado por un importe en pesos _____

OBSERVACIONES: _____

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

Firma y Sello
Responsable Legal

Firma y Sello
Responsable Sanitario

Firma y sello funcionario actuante

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