



# MINISTERIO DE SALUD - PROVINCIA DEL CHUBUT

## DIRECCIÓN PROVINCIAL DE FISCALIZACIÓN y MATRICULACIÓN

### FORMULARIO N° 02 SOLICITUD HABILITACIÓN/RENOVACIÓN DE UN ESSIT, ESSID o ESSIDT

Al Director/a Fiscalización y Matriculación

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

El/la que suscribe \_\_\_\_\_ D.N.I N° \_\_\_\_\_ de profesión \_\_\_\_\_  
M.M.P. \_\_\_\_\_ Especialidad \_\_\_\_\_

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

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

Correo Electrónico \_\_\_\_\_

**SOLICITA LA HABILITACIÓN DE EL/LOS :** Consultorio/s para prácticas de:

Medicos <input type="checkbox"/>	Odontológicas <input type="checkbox"/>	Nutrición <input type="checkbox"/>	Enfermería <input type="checkbox"/>	Psicología <input type="checkbox"/>
Fonoaudiología <input type="checkbox"/>	Fonoaudiología c/cab. <input type="checkbox"/>	Musicoterapia <input type="checkbox"/>	Tep. Ocupacional <input type="checkbox"/>	
Kinesiología <input type="checkbox"/>	Box/s <input type="checkbox"/>	Gimnasio terapeutico <input type="checkbox"/>	Otros: _____	

**Completar con número/s, identificando la cantidad de consultorio/s**

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

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

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

El que funcionará bajo la dirección o responsabilidad profesional o técnica de: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ D.N.I. N° \_\_\_\_\_ M.P.P. N° \_\_\_\_\_ especialista en \_\_\_\_\_  
responsabilidad legal de \_\_\_\_\_

### 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 si corresponda <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"/>	Baño adaptado	<input type="checkbox"/>
Formulario N° <b>A</b>	Recurso humano profesional,auxiliares y técnico <input type="checkbox"/>	Plan de evacuación de Incendio	<input type="checkbox"/>
Formulario N° <b>B</b>	Equipamiento con: Marca, Modelo, N° de serie y año de fabricación		
Formulario N° <b>C</b>	Contrato con empresa de recolección y/o disposición final de residuos patológicos		

Técnico Mecánica Dental, con habilitación de la DPFyM (solo para consultorio odontológico)

Libro de registro de pacientes y/o prácticas de los servicios que les corresponde

Establecimiento con Internación al que derivan: \_\_\_\_\_

Empresa de traslado con la cual opera habitualmente: \_\_\_\_\_

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: ...../...../...../