



# MINISTERIO DE SALUD - PROVINCIA DEL CHUBUT

## DIRECCIÓN PROVINCIAL DE FISCALIZACIÓN y MATRICULACIÓN

### FORMULARIO N° 03 SOLICITUD DE HABILITACIÓN/RENOVACIÓN DE LABORATORIOS

Al Director/a Fiscalización y Matriculación

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

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

M.M.P. \_\_\_\_\_ Especialidad \_\_\_\_\_

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

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

Correo Electrónico \_\_\_\_\_

#### SOLICITA LA HABILITACIÓN DE UN ESSID

Laboratorio de Analisis Clínicos de  BAJA  MEDIANA  ALTA  complejidad.

Laboratorio Especializado  Lab.de procesos analíticos de bioq. clínica  Sala de Extracción

**PRESTACIONES:** Bacteriología  Genética  Inmunología  Parasitología

Citología  Endocrinología  Hematología  Micología  Virología

Otros \_\_\_\_\_

Laboratorio de Hemoterapia  Banco de Sangre

Laboratorio Anatomía Patológica

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

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

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

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

y con la **Responsabilidad Profesional** de \_\_\_\_\_

D.N.I. N° \_\_\_\_\_ M.P.P. N° \_\_\_\_\_ especialista en \_\_\_\_\_

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

Titulo de Propiedad  Contrato de Locación  Documental para el uso del inmueble

Contrato Social  Copia del D.N.I. y cambio de domicilio si correspondiera

Copia de planos aprobados  Croquis c/identificación de locales  Baño adaptado

Formulario N° **A** Recurso humano profesional,auxiliares y técnico

Formulario N° **B** Equipamiento con: Marca, Modelo, N° de serie y año de fabricación

Formulario N° **C** Libro de registro de pacientes y/o prácticas de los servicios que les corresponde

Inscripción como GENERADOR de Residuos Patológicos,  Plan de evacuación de Incendio

Contrato con empresa de recolección y/o disposición final de residuos patológicos

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