



MINISTERIO DE SALUD - PROVINCIA DEL CHUBUT

DIRECCIÓN PROVINCIAL DE FISCALIZACIÓN y MATRICULACIÓN

FORMULARIO N° 04 SOLICITUD DE HABILITACIÓN/RENOVACIÓN - ESSID - DIAG. POR IMAGEN

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

Radiología Mamografía Ecografía Tomografía Axial Computada

Resonancia Magnética Nuclear Otros _____

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, si correspondiera. Plan de evacuación de Incendio

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

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