



# MINISTERIO DE SALUD - PROVINCIA DEL CHUBUT

## DIRECCIÓN PROVINCIAL DE FISCALIZACIÓN y MATRICULACIÓN

### FORMULARIO N° 05 SOLICITUD DE HABITACIÓN/RENOVACIÓN - SERVICIO PREHOSPITALARIO

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 ESCL

Servicio de Emergencia

Servicio de traslado Baja  Media  Alta  Mixta  complejidad

Unidades de Atención Extrahospitalaria  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 <input type="checkbox"/>   | Contrato de Locación B.O. <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 B.O. <input type="checkbox"/>  | Croquis c/identificación de locales <input type="checkbox"/>  | Plan de evacuación de Incendio <input type="checkbox"/>      |
| Copia de Titulo de Propiedad del/los móviles <input type="checkbox"/>                          | Copia cédula verde <input type="checkbox"/>   | Copia Seguro de móviles <input type="checkbox"/>             |
| Copia Seguro de Personas Trasladas <input type="checkbox"/>                                    | Listado de equipamiento de los móviles <input type="checkbox"/>   |  |
| Formulario N° <b>A</b> <input type="checkbox"/>  | Recurso humano profesional,auxiliares y técnico, incluir choferes <input type="checkbox"/>                  |  |
| Formulario N° <b>B</b> <input type="checkbox"/>  | Equipamiento con: Marca, Modelo, N° de serie y año de fabricación de B,O y móviles <input type="checkbox"/> |  |
| Formulario N° <b>C</b> <input type="checkbox"/>  | Copia de Carnet (profesional) del personal chóferes <input type="checkbox"/>                                |  |
| Contrato con empresa de recolección y/o disposición final de residuos <input type="checkbox"/> | Libro de Registro de Pacientes <input type="checkbox"/>   | <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: ...../...../...../