



# MINISTERIO DE SALUD - PROVINCIA DEL CHUBUT

## DIRECCIÓN PROVINCIAL DE FISCALIZACIÓN y MATRICULACIÓN

### FORMULARIO N° 7 SOLICITUD DE HABILITACIÓN/RENOVACIÓN DE UN ESCIETE

Al Director/a Fiscalización y Matriculación

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

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

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

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

Correo Electrónico \_\_\_\_\_

#### SOLICITA LA HABILITACIÓN DE UN ESCIETE

Casa Hogar 3° Edad de 5 a 12 camas.  Hogar 3° Edad más de 12 camas  Hogar de Día

Habitaciones  Cantidad de Camas  Saniatario Adaptado  Cantidad de Sanitarios  SUM

Comedor  Comedor / Sun  Consultorio Enfermería  Consultorio Médica  Enf / Méd

Local Cocina  Local Lavadero  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 Responsabilidad Sanitaria de : \_\_\_\_\_

D.N.I. N° \_\_\_\_\_ de profesión \_\_\_\_\_ M.P.P. N° \_\_\_\_\_

Que funcionará bajo la Responsabilidad Legal de \_\_\_\_\_

D.N.I. N° \_\_\_\_\_

#### 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

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  Plan de evacuación de Incendio

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

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 presente solicitud como así también en la información complementaria.-

\_\_\_\_\_  
Firma y Sello  
Responsable Legal

\_\_\_\_\_  
Firma y Sello  
Responsable Sanitario

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





