



# MINISTERIO DE SALUD - PROVINCIA DEL CHUBUT

## DIRECCIÓN PROVINCIAL DE FISCALIZACIÓN y MATRICULACIÓN

**FORMULARIO N°8**

**SOLICITUD DE HABILITACIÓN/RENOVACIÓN DE UN ESCL**

Al Director/a Fiscalización y Matriculación

En la localidad de \_\_\_\_\_ a los \_\_\_\_\_ días 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 ESCL.**

Ortopedia  Óptica  Óptica y Contactología  Internación Domiciliaria

Láboratorio de Mécanica Dental  Insumo Médicos  Centro de Esterilización

Consultorio de Podología  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  Baño adaptado

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

Firma y sello funcionario actuante

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