



MINISTERIO DE SALUD - PROVINCIA DEL CHUBUT

DIRECCIÓN PROVINCIAL DE FISCALIZACIÓN y MATRICULACIÓN

FORMULARIO N°9

SOLICITUD DE HABILITACIÓN/RENOVACIÓN DE UN ESSIT.
SALUD MENTAL y DISCAPACIDAD

Al Director/a Fiscalización y Matriculación

En la localidad de _____ a los _____ días del mes _____ año

El/la que suscribe _____ D.N.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 ESSIT.

Centro O Servicio Salud Mental Hospital de Día Centro de Día

Emprendimiento Socio Productivo Centro o Servicio de Discapacidad

Centro o Servicio Educativo Terapéutico Centro o Serv. de Rehabilitación, Integ. y/o Estimulación

DISCAPACIDAD: Residencias Pequeño Hogar Hogar

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 Plan de evacuación de Incendio

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° **B** Libro de Registro de Pacientes y/o prácticas

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

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