Solicitud de **AUTORIZACIÓN PARA EJERCER EN UN ESTABLECIMIENTO DE SALUD**

**A la DIRECCIÓN NACIONAL de HABILITACIÓN, FISCALIZACIÓN y SANIDAD de FRONTERAS:**

|  |
| --- |
| **Datos del Establecimiento** |
| Tipo de establecimiento |   |
| Razón social o Nombre de fantasía |   |
| CUIT |   |
| Calle y número |   |
| Piso |   |
| Departamento/UF |   |
| Código postal |   |
| Teléfono del Establecimiento: |   |

|  |
| --- |
| **Declaración** |
| **Información sobre el Establecimiento: (marcar con una X)** |
|  |  |
| No tiene habilitación |   |
| No tiene habilitación, pero se encuentra en trámite. | Indicar N° de Expediente donde tramita la Habilitación:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Está Habilitado | Indicar N° de Disposición de Habilitación:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **Realizó modificaciones en la estructura del establecimiento y/o en las condiciones originales que dieron lugar a la habilitación oportunamente otorgada (Artículo 37° de la ley 17.132)?** | SI:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ NO:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

|  |
| --- |
| **Titular/es del Establecimiento** |
| Nombre completo |   |
| Apellido completo |   |
| CUIT/CUIL |   |
| Calle y número |   |
| Piso |   |
| Departamento/UF |   |
| Código postal |   |
| Profesión |   |
| N° de matrícula |   |
| Especialista en: |   |
|  |  |
| **Profesional a autorizar** |
| Nombre Completo |   |
| Apellido Completo |   |
| CUIT |   |
| Calle y número |   |
| Piso |   |
| Departamento/UF |   |
| Código postal |   |
| Profesión |   |
| Matricula N° |   |
| Especialista en: |   |
| Teléfono particular |   |
| Correo electrónico |   |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  | Declaración |  |
|  | Manifestamos en carácter de Declaración Jurada haber tomado conocimiento de los términos de la Ley N° 24.151 y encontrarnos a la fecha de la suscripción de la presente inmunizados/as contra la Hepatitis B mediante la aplicación de vacuna aprobada por la autoridad sanitaria nacional. |  |

**DECLARO BAJO JURAMENTO LA VERACIDAD DE TODOS LOS DATOS CONSIGNADOS.**

Firma y sello del Profesional

Firma y sello del Titular