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

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

|  |  |
| --- | --- |
| Datos del Establecimiento | |
| Razón Social |  |
| CUIT |  |
| Domicilio |  |
| Habilitado por Disposición (o N° de expediente donde la tramita) |  |
| Bajo la titularidad de |  |
| CUIT |  |
| Matricula N° |  |
| Profesión |  |
| Especialista en |  |

|  |
| --- |
| Solicita por medio de la presente la **AUTORIZACIÓN PARA EJERCER EN UN ESTABLECIMIENTO DE SALUD** del Profesional: |

Datos del Profesional:

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre |  |
| Apellido |  |
| Domicilio |  |
| CUIT |  |
| Teléfono |  |
| Mail |  |
| Profesión |  |
| Matricula N° |  |

**Manifiesto en carácter de Declaración Jurada haber tomado conocimiento de los términos de la Ley N° 24.151 y encontrarse a la fecha de la suscripción de la presente inmunizado/a 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

**\*Si el trámite es solicitado por el Titular o Apoderado del Establecimiento, se debe certificar la firma del Profesional a ejercer**.