**CAMBIO DE DIRECTOR MÉDICO EN UN ESTABLECIMIENTO ASISTENCIAL**

 **Fecha:**

**A la Dirección Nacional de Habilitación, Fiscalización y Sanidad de Fronteras**

Quien suscribe, ………………………………………………….., en su carácter de titular / Apoderado, de profesión………………………………………………………………………………..

CUIT / CUIL:…………………………………………… Matricula N°…………………………………..

Domicilio: (Calle, N°, UF, CP)……………………………………………………………………………

***Solicita el cambio de Director Médico del Establecimiento:***

Razón Social:…………………………………………………………………………………………………..
CUIT:
Habilitado por Disposición N°:

Director Médico entrante:

Apellido y nombre:………………………………………………………………………………………….

CUIT / CUIL:…………………………………………… Matricula N°…………………………………..

Domicilio: (Calle, N°, UF, CP)……………………………………………………………………………

Alta en el cargo desde:……………………… -

Director Médico saliente:

Apellido y nombre:………………………………………………………………………………………….

CUIT / CUIL:…………………………………………… Matricula N°…………………………………..

Domicilio: (Calle, N°, UF, CP)……………………………………………………………………………

Con alta en el cargo por Disposición N°………………………….- (o informar N° de expediente si el alta se encuentra en trámite)

**Manifiesto, en carácter de declaración jurada, que todos los datos consignados son veraces, correctos y que la documentación acompañada se encuentra vigente.**

Firma y Sello del Titular/Apoderado:

**(Las firmas deben estar certificadas ante Escribano)**