REPUBLICA ARGENTINA **PROVINCIA DEL NEUQUÉN** **MINISTERIO DE SALUD** **SUBSECRETARÍA DE SALUD** **DIRECCIÓN DE BROMATOLOGÍA**	REV: AÑO 2021 FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE CONTROL DE PLAGAS RESOLUCIÓN 25/90

ÍNDICE DE LA PRESENTACIÓN

DATOS A COMPLETAR EN EL FORMULARIO

1.	**DEL TITULAR DEL ESTABLECIMIENTO**	
1.1	Nombre y Apellido o Razón Social	
1.2	DNI	
1.3	Domicilio legal	
1.4	Nº de C.U.I.T	
1.5	Representante Legal / Socio Gerente, de corresponder	
1.6	Apoderado, de corresponder	

2.	**DEL ESTABLECIMIENTO**	
2.1	Nombre del Establecimiento	
2.2	Domicilio Real	
2.3	Declaración de horario de atención.	
2.4	Director Técnico - Profesional según exigencias Resolución 25/90	

3.	**DOCUMENTACIÓN A PRESENTAR ADJUNTA**	
3.1	Nota de solicitud de habilitación de Establecimiento dirigida a la Dirección de Bromatología Provincial	
3.2	Copia de la Licencia Comercial Municipal	
3.3	Copia del Estatuto o Contrato, según corresponda	
3.4	Comprobante N° CUIT	
3.5	Acreditación de la personería Jurídica/Física, del Representante Legal o apoderado firmante de la presente solicitud. Fotocopia del DNI.	
3.6	Acreditación del Director Técnico/Profesional responsable. Fotocopia de DNI, Título Universitario y Matrícula profesional.	
3.7	Plano/Croquis de la Empresa de Control de Plagas a escala. Deberá incluir el local para administración u oficina, depósito de químicos y localización del baño.	
3.8	Exámenes clínicos, radiológico, serológico y certificado de buena salud	
3.9	Declaración de la cantidad, características y detalles de los equipos y maquinarias, y de los elementos de seguridad y protección personal	
3.10	Declaración de todos los productos utilizados, junto con copia de las respectivas habilitaciones otorgadas por ANMAT o SENASA	
3.11	3 (tres) Cuadernos chicos de tapa dura, mínimo 42 hojas, o Libro de Actas A4	
3.12	Fotocopia cédula verde del vehículo de transporte e imágenes del mismo y de su correspondiente botiquín. Fotocopia de la habilitación del vehículo actualizada (de corresponder)	
3.13	Sistema de eliminación de desechos (residuos, productos vencidos, productos decomisados, etc.)	

DESE A LA TOTALIDAD DE LOS DATOS VOLCADOS EN ESTE FORMULARIO CARÁCTER DE DECLARACIÓN JURADA. LA DOCUMENTACIÓN DEBE ESTAR FIRMADA POR EL TITULAR/SOCIO/APODERADO. ***SOLO SE RECIBIRÁ DOCUMENTACIÓN SI LA MISMA ESTUVIESE COMPLETA.***

Neuquén……

……
Firma del Director Técnico/ Profesional responsable

……
Firma y aclaración del Titular, Representante legal o Apoderado

REPUBLICA ARGENTINA **PROVINCIA DEL NEUQUÉN** **MINISTERIO DE SALUD** **SUBSECRETARÍA DE SALUD** **DIRECCIÓN DE BROMATOLOGÍA**	REV: AÑO 2021 FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE CONTROL DE PLAGAS RESOLUCIÓN 25/90

1.- DATOS DEL TITULAR DEL ESTABLECIMIENTO:

1.1 Nombre y Apellido o Razón Social:_____

1.2 Documento de Identidad tipo y Nº:_____

1.3 Domicilio legal:

Calle y número:_____

Localidad:_____

Código Postal:_____

Provincia:_____

Teléfono/Fax: _____

e-mail:_____

1.4 Nº de C.U.I.T:_____

1.5. REPRESENTANTE LEGAL / SOCIO

Nombre y Apellido o Razón Social: _____

Documento de Identidad tipo y Nº: _____

Domicilio legal:

Calle y número: _____

Localidad: _____

Código Postal:_____

Provincia: _____

Teléfono/Fax: _____

e-mail: _____

1.6 APODERADO

Nombre y Apellido o Razón Social: _____

Documento de Identidad tipo y Nº: _____

Domicilio legal:

Calle y número: _____

Localidad: _____

Código Postal:_____

Provincia: _____

Teléfono/Fax: _____

e-mail: _____

DESE A LA TOTALIDAD DE LOS DATOS VOLCADOS EN ESTE FORMULARIO CARÁCTER DE DECLARACIÓN JURADA. LA DOCUMENTACIÓN DEBE ESTAR FIRMADA POR EL TITULAR/SOCIO/APODERADO. ***SOLO SE RECIBIRÁ DOCUMENTACIÓN SI LA MISMA ESTUVIESE COMPLETA.***

Neuquén……

……
Firma del Director Técnico/ Profesional responsable

……
Firma y aclaración del Titular, Representante legal o Apoderado

REPUBLICA ARGENTINA **PROVINCIA DEL NEUQUÉN** **MINISTERIO DE SALUD** **SUBSECRETARÍA DE SALUD** **DIRECCIÓN DE BROMATOLOGÍA**	REV: AÑO 2021 FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE CONTROL DE PLAGAS RESOLUCIÓN 25/90

2. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO

2.1. Nombre real del establecimiento (o fantasía):_____

2.2. Domicilio real

Calle y número:_____

Localidad:_____

Código Postal:_____

Provincia:_____

Teléfono/Fax:_____

e-mail:_____

2.3 Declaración de horario de atención

Horario Corrido

Desde ____ hs. – Hasta ____ hs.

Horario Mañana/Tarde

Desde ____ hs. – Hasta ____ hs.

Desde ____ hs. – Hasta ____ hs.

Otro: _____

2.4 Cantidad de Empleados

Administrativos:_____ **Profesionales**: _____ **Operarios:**_____

2.5 DIRECTOR TÉCNICO / PROFESIONAL RESPONSABLE

2.7.1 Apellido y nombre: _____

2.7.2 Título profesional: _____

2.7.3 Otorgado por: _____

2.7.4 Número de matrícula: _____

2.7.5 Documento de Identidad tipo y Nº: _____

2.7.6 Teléfono: _____

2.7.7 E-Mail: _____

2.7.8 Dirección: _____

DESE A LA TOTALIDAD DE LOS DATOS VOLCADOS EN ESTE FORMULARIO CARÁCTER DE DECLARACIÓN JURADA. LA DOCUMENTACIÓN DEBE ESTAR FIRMADA POR EL TITULAR/SOCIO/APODERADO. ***SOLO SE RECIBIRÁ DOCUMENTACIÓN SI LA MISMA ESTUVIESE COMPLETA.***

Neuquén……

……
Firma del Director Técnico/ Profesional responsable

……
Firma y aclaración del Titular, Representante legal o Apoderado