REPUBLICA ARGENTINA **PROVINCIA DEL NEUQUÉN** **MINISTERIO DE SALUD** **SUBSECRETARÍA DE SALUD** **DIRECCIÓN DE BROMATOLOGÍA**	REV: AÑO 2021 FORMULARIO DE REINSCRIPCIÓN 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, de corresponder	
1.6	Apoderado, de corresponder	

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

3.	**CAMBIOS REALIZADOS EN EL ESTABLECIMIENTO**	
3.1	Infraestructura edilicia	
3.2	Productos utilizados	
3.3	Personería física o Jurídica	
3.4	Director técnico	

4.	**DOCUMENTACIÓN A PRESENTAR ADJUNTA**	
4.1	Nota de solicitud de reinscripción del Establecimiento dirigida a la Dirección de Bromatología Provincial	
4.2	Copia de la Licencia Comercial Municipal	
4.3	Comprobante N° CUIT	
4.4	Acreditación del titular, Representante Legal, Socio o apoderado firmante de la presente solicitud. Fotocopia del DNI.	
4.5	Exámenes clínico, radiológico, serológico y certificado de buena salud	
4.6	Acreditación del Director Técnico/Profesional responsable. Fotocopia de DNI y matrícula profesional actualizada.	
4.7	Fotocopia cédula verde del vehículo de transporte, imágenes del mismo y de su correspondiente botiquín. Fotocopia de la habilitación del vehículo actualizada (de corresponder)	
4.8	Declaración actualizada de todos los productos utilizados, junto con copia de las respectivas habilitaciones otorgadas por ANMAT o SENASA	
4.9	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 y aclaración 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 REINSCRIPCIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE CONTROL DE PLAGAS RESOLUCIÓN 25/90

Registro de Plagas Nº _____

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 y aclaración 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 REINSCRIPCIÓN 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 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 (en caso de corresponder)

2.5.1 Apellido y nombre: _____

2.5.2 Título profesional: _____

2.5.3 Otorgado por: _____

2.5.4 Número de matrícula: _____

2.5.5 Documento de Identidad tipo y Nº: _____

2.5.6 Teléfono: _____

2.5.7 E-Mail: _____

2.5.8 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 y aclaración del Director Técnico/ Profesional responsable

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

3. CAMBIOS REALIZADOS EN EL ESTABLECIMIENTO

3.1 INFRAESTRUCTURA EDILICIA

Se realizaron modificaciones SI NO

En caso de responder (SI) deberá presentar:

I) Plano o croquis en escala actualizado
II) Memoria descriptiva operativa y edilicia actualizada

3.2 PRODUCTOS UTILIZADOS

Se realizaron modificaciones en los productos SI NO

En caso de responder (SI) deberá presentar:

I) Detalle de los mismos
II) Agregar certificados aprobados por el Ministerio de Salud y Acción Social de la Nación y adjuntar sus respectivas actualizaciones

3.3 PERSONERÍA FÍSICA/JURÍDICA

Se realizó cambio de Titular SI NO

En caso de responder (SI) deberá presentar:

I) DNI o Copia del estatuto o contrato social
II) Nota de solicitud de cambio de titularidad, firmada por el titular anterior
III) Licencia comercial a nombre del nuevo titular

3.4 DIRECCIÓN TÉCNICA

Se realizó cambio de Director Técnico SI NO

En caso de responder (SI) agregar:

I) Fotocopia del DNI, fotocopia del título y constancia de la matrícula.
II) Nota de renuncia del Director técnico anterior
III) Nota de comunicación del cambio de dirección técnica firmada por el titular del establecimiento y por el nuevo profesional

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 y aclaración del Director Técnico/ Profesional responsable

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