|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Uso Interno | | | |
| Fecha Ingreso |  | Trámite Nro: | /23 |

# 

# Solicitud de Habilitación de Consultorio

DIA/MES/AÑO

Presidente del Colegio de Médicos Distrito VII

Dr. Horacio M. Cardus

S / D

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| El que suscribe, Dr/a: |  | | | | | | | | | |
| Matrícula Provincial No: |  | | | | | Matrícula Nacional No: | | | |  |
| Domicilio particular -Calle: | |  | | | | | | | | |
| Número: |  | | Localidad: |  | | | | | | |
| Código Postal: |  | | Partido de: |  | | | | | | |
| Domicilio del consultorio -Calle: | |  | | | | | | | | |
| Número: |  | | Localidad: |  | | | | | | |
| Código Postal: |  | | Partido de: |  | | | | | | |
| Teléfono particular: |  | | | Teléfono celular: | | | | |  | |
| Teléfono del consultorio: |  | | |  | CONSULTORIO | |  | POLICONSULTORIO | | |
| Correo electrónico: |  | | | | | | | | | |

Adjunto la siguiente documentación solicitada:

|  |  |
| --- | --- |
| SI /NO | CROQUIS/FOTOS DEL CONSULTORIO, SALA DE ESPERA, BAÑO, ETC. DONDE CONSTEN; MEDIDAS, ABERTURAS, MATERIAL DE LA CONSTRUCCION, DIVISIONES Y REVESTIMIENTO |
| SI /NO | CROQUIS/FOTOS DEL FRENTE DEL CONSULTORIO Y TIPO DE ACCESO. |
| Descripción de las actividades a desarrollar en el consultorio: |  |
| Características del mismo, equipamiento, mobiliario: |  |
| De ser Policonsultorio indicar quienes desarrollan actividad en el mismo | |  |  |  | | --- | --- | --- | | Medicos | | | | Apellido, Nombre | Matricula | Especialidad | |  |  |  | |  |  |  | |  |  |  | |  |  |  | | Personal | | | | Apellido, Nombre | Tareas | | |  |  | | |  |  | | |
| SI /NO  No aplica | EN CASO DE SER UN CONSULTORIO YA HABILITADO, ADJUNTO NOTA DEL TITULAR QUE AUTORIZA SU USO. |
| SI /NO  No aplica | EN CASO DE SER PRODUCTOR DE RESIDUOS PATOGÉNICOS DEBERÁ ACOMPAÑAR CONSTANCIA EXPENDIDA POR EL ENTE POR MEDIO DEL CUAL REALIZA EL TRATAMIENTO Y DESTINO FINAL DE LOS MISMOS. |

Declaro bajo juramento que lo manifestado y la documentación que se adjunta al presente son veraces y ajustados a mi ejercicio profesional con estricto cumplimiento de la normativa vigente de aplicación

-----------------------------------------------------

Firma y número de matrícula