2Cuidad, 2Elija una fechade, Elija un mes de, Elija un año

**Dirección Nacional de Vigilancia Sanitaria**

**1Acta N°: DIV-….../……**

**Presente**

El/La que suscribe 2Haga clic aquí para escribir la Profesión y el Nombre del Regente Reg. Prof. Nº 2Haga clic aquí para escribir el número de Reg. Prof., regente del establecimiento 2Haga clic aquí para escribir el nombre del Establecimiento, sito en 2Haga clic aquí para escribir la dirección del Establecimiento, ciudad de 2Haga clic aquí para escribir la ciudad, se dirige a quienes corresponda, a fin de solicitar la Inspección para la **Verificación de Cumplimiento de Buenas Prácticas** de:

Elija un elemento., para la (s/os Línea(s)/Rubro(s) siguientes:

|  |  |
| --- | --- |
| **Código arancelario1** | **Líneas y/o Rubros Certificados2** |
|  | 2Haga clic aquí para escribir las Líneas que serán inspeccionadas y/o los Rubros respectivos. |
|  |  |
| **Horario de Atención al público / N° de teléfono del establecimiento:** | 2Haga clic aquí para escribir el horario de atención del establecimiento. / Haga clic aquí para escribir el N° de teléfono del establecimiento. |
| **Distancia del establecimiento:** | 2 Elija un elemento. Km |
| **Número de contacto del Regente/ Horario en la que la Regente se encuentra en la empresa:** | 2Haga clic aquí para escribir el N° de contacto / Haga clic aquí para escribir el horario en la que se encuentra la Regente en el establecimiento. |

Esperando una respuesta favorable a lo solicitado, salúdale atentamente.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Firma y sello: …………………………… | | Firma y sello: ……………………………… | |
|  |  | |
| 2Haga clic aquí para escribir Nombre y C.I. N° | 2Haga clic aquí para escribir Nombre y N° de Reg. Prof. N° | |
| **Representante Legal** | **Regente/Director Técnico** | |

**Nota 1:** La solicitud de inspección de un establecimiento decaerá de pleno derecho si el mismo se negare a recibir la inspección agendada y por tanto deberá presentar una nueva solicitud y abonar el arancel correspondiente para su posterior agendamiento quedando sujeta al Art 7° de la Res. S.G N° 020/15.

**Nota 2:** El establecimiento deberá presentar la solicitud **HASTA ANTES DE LOS NOVENTA (90) DÍAS CORRIDOS PREVIOS A SU VENCIMIENTO** del certificado vigente, para dar cumplimiento al Art. 6° de la Res. S.G. N°.020/15.

**1Requisitos documentales a ser ANEXADOS para su verificación:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Presenta (Sí / No)** | **Documento a ser anexado** |
|  | Copia de Certificado (BPFyC o BPAyD) por vencer. |
|  | Copia de la última Resolución de Autorización de Funcionamiento emitido por la DRVS correspondiente. |
|  | Datos del horario en la que se encuentra la Regente en el establecimiento. |
|  | Números de teléfono de contacto con la Regente y el Establecimiento. |
|  | Recibo de pago de arancel realizado en la **Sección de Perceptoría DINAVISA.** |

**ANEXO**

**CROQUIS DE UBICACIÓN**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

**CROQUIS DE UBICACIÓN**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** |
| **10** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **9** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **8** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **7** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **6** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **5** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **4** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **3** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **2** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **1** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |