Ciudad, fecha de mes de año.

**Dirección Nacional de Vigilancia Sanitaria**

***Presente***

La que suscribe, Profesión Nombre del Director Técnico / Regente, Reg. Prof. N.° Reg. Prof. N.°, Director Técnico / Regente del establecimiento denominación del establecimiento, RUE N.° colocar número de RUE, sito en dirección del establecimiento, ciudad de colocar ciudad, departamento de colocar departamento.

Se dirige a Uds., a fin de solicitar la **CONSTANCIA DE ESTABLECIMIENTOS EN PROCESO DE TRÁMITES DE RENOVACIÓN DE AUTORIZACIÓN FUNCIONAMIENTO**.

**Documentos a ser adjuntados:**

|  |  |
| --- | --- |
|  | Copia autenticada de la solicitud de obtención de la Constancia de Verificación Funcional del Plano según el **FOR-DIV-59 SOLICITUD DE TRÁMITES PARA OBTENCIÓN DE LA CONSTANCIA DE VERIFICACIÓN FUNCIONAL DEL PLANO** |
|  | Copia autenticada por Escribanía de la Autorización de Funcionamiento anterior emitido por el Departamento Regional de Vigilancia Sanitaria (**DRVS**). |
|  | Copia autenticada por Escribanía de la cédula de identidad del Regente, vigente. |
|  | Copia autenticada por Escribanía del Registro Profesional del Director Técnico / Regente, vigente. |
|  | Copia autenticada por Escribanía de la cédula de identidad del Representante legal / Apoderado del establecimiento. |

**(\*) Observación:** Este formulario debe ser llenado por computadora.

|  |  |
| --- | --- |
| **……………………….** | **……………………….** |
| **Firma y sello del** | **Firma y sello del** |
| **Representante legal / Apoderado legal** | **Director Técnico / Regente** |