Asunción, *(Fecha) de (mes) del 20....*

**MSc. Qco. Fco. Jorge Iliou Silvero**

**Director Nacional Interino**

**Dirección Nacional de Vigilancia Sanitaria**

**E.                                S.                                  D.**

A través de la presente, quien suscribe *(Nombre y apellido del/la interesado/a)* con C.I.Nº.: *(Nro. De cédula)* en representación de *(Nombre de la Institución/Razón Social del Establecimiento)*, cuya dirección es *(Dirección física de la Institución/Establecimiento)*, departamento de *(Ciudad/Nombre del Departamento)*, con el *(Nombre y Apellido del/a Director/a de la Institución/Director Técnico del Establecimiento)*, solicita una **CAPACITACIÓN en BPM**

**VIRTUAL** **PRESENCIAL en:**

Buenas Prácticas de Manufactura destinado a personal de Establecimiento elaborador, fraccionador, distribuidor, importador, titular de registro de alimentos, con RE vigente.

Buenas Prácticas de Almacenamiento destinado a personal de Establecimiento elaborador, fraccionador, distribuidor, importador, titular de registro de alimentos, con RE vigente.

Buenas Prácticas de manufactura para Establecimiento elaborador de Envases para uso de alimentos, con RE vigente.

Registro Sanitario del rubro de Alimentos y Envases para Alimentos, con RE vigente.

Se estima una participación de (Cantidad número) personas (máximo 50 personas), para lo cual se adjunta una Lista de participantes FOR-124.

*La fecha y el horario serían coordinados según cronograma de capacitaciones de DINAVISA.*

Sin otro particular, atentamente.

OBSERVACIÓN:

**(Firma y Aclaración del solicitante)**

**Datos del contacto:**

Nombre y Apellido: *(Poner Nombre y apellido de la persona o contacto)*

Correo electrónico: *(Poner el correo electrónico de la persona o contacto)*

Nro. de Teléfono: *(Poner el número telefónico -línea baja/celular- de la persona o contacto)*

Director/Responsable (cuando aplique): *(Poner Nombre y apellido del/la directora/a responsable)*