Escribir la ciudad, fecha, año.

**Señor/a**

**Qco. Fco. Jorge Iliou, Director Nacional**

**DINAVISA**

**Presente:**

El/la que suscribe nombre del propietario/representante legal del establecimiento, en representación de la firma completar el nombre o identificación de la firma, sito en la calle, completar el nombre de las calles y numeración donde se sitúa el establecimiento, ciudad coloque el nombre de la ciudad, barrio coloque el nombre del barrio, teléfono coloque el número de teléfono del establecimiento, correo coloque el correo electrónico del establecimiento, y el Regente del establecimiento nombre del regente de la firma, profesión completar profesion, Registro Profesional N°completar N° de registro profesional, Rubro completar el rubro de la firma.

**Solicitan / Comunican**

([ ] ) Constancia de Verificación funcional de Planos para Apertura

([ ] ) Constancia de Verificación funcional de Planos para Renovación de Apertura

([ ] ) Constancia de Verificación funcional de Planos para Traslado de Local

De: completar dirección autorizada por DINAVISA

A: completar nueva dirección

([ ] ) Constancia de Verificación funcional de Planos para Modificación de Estructura Edilicia

Ampliación: declarar las áreas a ampliar

Reducción: declarar las áreas a reducir

 ([ ] ) Constancia de Verificación funcional de Planos para Ampliación de Rubro/líneas de fabricación.

Ampliación: declarar rubro/línea solicitada/Clase solicitada

([ ] ) Constancia de Verificación funcional de Planos para Reducción de Rubro/líneas de fabricación: declarar línea/rubro a cancelar/clase a cancelar.

Por la presente declaro bajo fé de juramento que toda la información precedentemente brindada, así como las documentaciones y planos que se adjuntan se ajustan a la verdad, con correctas, legales y completas; por lo que, de ser falsas, tengo pleno conocimiento y asumo las consecuencias legales y responsabilidad civil y penal que ello implica. (Art. 243 del Código Penal Paraguayo.), lo que implicará que la Dirección Nacional de Vigilancia Sanitaria pueda revocar la constancia de verificación funcional de planos emitida, no teniendo nada que reclamar al respecto.

Firma…………………………… Firma……………………..

Propietario/Representante legal Regente

C.I.Nº completar nro. de ci C.I.Nº completar nro. de ci

Aclaración Escribir nombre y apellido Aclaración Escribir nombre y apellido

 declarar número de teléfono