Ciudad, Elija un día de Elija un mes de Elija un año.

Señor/a

**Q.F.**

**Departamento Regional de Vigilancia Sanitaria – DRVS**

**Dirección Nacional de Vigilancia Sanitaria - DINAVISA**

***Presente:***

El/La que suscribe Nombre del regente de la firma de Profesión Profesión que corresponda con Reg. Prof. N.° Número Regente de Nombre de la Firma, con RUE N.° N.° de RUE en el Rubro de Según el rubro de la Autorización de Apertura expedido por el DRVS o según lo solicitado, ubicado en citar dirección del lugar**,** localidad Coloque el dato solicitado propiedad de Nombre del propietario / representante legal.

**Solicita/Comunica (Indicar trámite)**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **1** | () Toma de regencia | | **5** | () Cierre Temporal  Desde: Hasta: |
| **2** | () Toma de regencia - Propietario | |  | Desde: Hasta: |
| **3** | () Sustitución de Regencia | | **6** | () Cierre Definitivo |
| **4** | () Renuncia de Regencia | | **7** | () Reapertura del local |
| **8** | () Renovación de Contrato | |
| **9** | () Rubrica de Libro: Psicotrópico () Estupefaciente () Recetario () | | | |
| **10** | () Transferencia: De Coloque nombre de dueño anterior.: A: Coloque nombre de nuevo dueño/representante legal | | | |
| **11** | () Cambio de Razón Social: De: Coloque nombre anterior A: Coloque nombre de nuevo | | | |
| **12** | () Cambio de Denominación Comercial: De: Coloque nombre anterior A: Coloque nombre de nuevo | | | |
| **13** | () Inspección | | | |
| **14** | () Autorización de Funcionamiento de Establecimiento | | | |
| **15** | () Renovación de Autorización de Funcionamiento de Establecimiento | | | |
| **16** | () Modificación de estructura edilicia: Especificar modificaciones realizadas | | | |
| **17** | () Ampliación / Reducción de estructura edilicia: Especificar modificaciones realizadas | | | |
| **18** | () Traslado de Local: De: Especificar modificaciones realizadas A: Especificar modificaciones realizadas: | | | |
| **19** | () Ampliación / Reducción de Rubro Especificar modificaciones realizadas: | | | |
| **20** | () Otros. Coloque el trámite a solicitar | | | |
|  | **Datos del Regente** | | | |
| **21** | Nombre y Apellido | Coloque el dato solicitado | | |
| **22** | C.I. N.° | Coloque el dato solicitado | | |
| **23** | Registro Profesional N°: | Coloque el dato solicitado | | |
| **24** | Telf. / Celular N.° | Coloque el dato solicitado | | |
| **25** | Correo (e-mail) | Coloque el dato solicitado | | |
| **26** | Señalar la doble regencia: | Coloque el dato solicitado | | |
|  | **Datos del Propietario o Representante Legal** | | | |
| **27** | Nombre y Apellido | Coloque el dato solicitado | | |
| **28** | C.I. N.° | Coloque el dato solicitado | | |
| **29** | Telf. / Celular N° | Coloque el dato solicitado | | |
| **30** | Correo (e-mail) | Coloque el dato solicitado | | |

**ANEXO**

**CROQUIS DE UBICACIÓN**

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

Por la presente declaro bajo fe de juramento que toda la información precedentemente brindada, así como todas las documentaciones que se adjuntan a la presente solicitud, se ajustan a la verdad, son correctas, legales y completas. Así mismo que el propietario, representante legal, responsable técnico, gestor y profesional que firma los planos no se encuentran inhabilitados o en contravención a las prohibiciones establecidas por el Art. 60 de la ley N.° 1626/00 “De la Función Pública”. Esta solicitud y los datos consignados tienen carácter de Declaración Jurada, por lo que de ser falsos, tengo pleno conocimiento y asumo las consecuencias legales y responsabilidad civil o penal que ello implica. (Art. 243 del Código Paraguayo, pena privativa de libertad de hasta 5 años).

|  |  |
| --- | --- |
| …………………………………….. | …………………………………….. |
| Representante/s Legal/es | Responsable Técnico (Regente) |
| C.I. N.° | Reg. Prof. N.° |
| Aclaración | C.I. N.° |