

SOLICITUD

Formulario N° 1

..... de de 20....

Señor/a:

....., Director/a
Dirección de Establecimientos de Salud, Afines y Tecnología Sanitaria
Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social
Los que suscriben:

Representante/s legal/es:

Responsable Técnico (Regente):

De la firma:

Con Carácter/es:

Ubicada en:

N°..... Ciudad:..... Departamento:

Teléf./Cel.:..... E-mail:

Solicita / Comunica (Indicar Trámite):

- Apertura Renovación de Apertura
 Modificación de Recursos Físicos (Aclarar Sector)

.....
 Cierre Definitivo o Temporal Constancia en Trámite

Recursos Humanos

Renovación del Contrato de Prestación de Servicio

Renuncia del Responsable Técnico

Asistencia Técnica

Modificación de Razón Social Cambio de Nombre de Fantasía

De:

A:

Traslado de local

De:

A:

Cambio de: Propietario y/o Rep. Legal Responsable Técnico

De:

A:

Modificación de Carácter

De:

A:

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. Asimismo 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 Penal Paraguayo, pena privativa de libertad de hasta 5 años).

.....
Propietario/s o Apoderado/s

C.I.N°.....

Aclaración:.....

.....
Responsable Técnico (Regente)

REG. PROF. N°.....

C.I.N°.....