

Asunción, _____ de _____ de _____

Dra. Fátima Aquino, Directora
Dirección de Salud Bucodental
Ministerio de Salud, Pública y Bienestar Social
Presente:

Me dirijo a usted, mediante el presente instrumento, a fin de declarar fehacientemente, cuanto sigue:

MANIFIESTO que tengo pleno conocimiento de los requerimientos para la **HABILITACIÓN** de mi establecimiento bajo el RUBRO de: _____, **RAZÓN SOCIAL:** _____, **RUC N°** _____, **RESPONSABLE TÉCNICO** REG N° _____ **sito en las calles:** _____, **de la ciudad de:** _____ **Departamento:** _____

Según Resolución S.G. N° 627/99 POR LA CUAL SE DISCRIMINAN LOS ACTOS ODONTOLÓGICOS Y SEGÚN RESOLUCIÓN S.G. N° 316/23 POR LO CUAL SE APRUEBA EL CATÁLOGO PARA ESPECIALIDADES CLÍNICAS DE LA CARRERA DE ODONTOLOGÍA, por el cual se reglamenta el ejercicio de la Odontología en todo el territorio de la República y por este medio declaro que en mi consultorio/clínica odontológica se realizan procedimientos odontológicos como:

____ ODONTOLOGÍA LEGAL

____ ORTODONCIA

____ PERIODONCIA

____ PRÓTESIS DENTAL

____ IMPLANTOLOGÍA ORAL

____ ENDODONCIA

____ ODONTOPEDIATRÍA

____ PATOLOGÍA ORAL

____ OPERATORIA DENTAL

____ CIRUGÍA Y TRAUMATOLOGÍA BUCOMAXILOFACIAL/ BUCODENTOMAXILAR

Ninguna _____

Especificar Procedimientos Realizados:

Todas las actualizaciones que se realicen posteriormente, durante la vigencia del Certificado de Verificación Técnica, ya sea en cuanto a recursos administrativos, técnicos, humanos, físicos y los tipos de procedimientos llevados a cabo en el establecimiento, se harán previa notificación al Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social a través de la Dirección de Salud Bucodental,

Firmo de conformidad:

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).

Representante:	Representante:	Responsable Técnico:


