

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°.....