**DECLARACION JURADA DE NO GENERADOR DE RESIDUOS PATOGENICOS Y/O FARMACEUTICOS**

Mendoza, ***SELECCIONE FECHA***

**A LA SR/A**

**MINISTRO DE SALUD,**

**DESARROLLO SOCIAL Y DEPORTES**

El que suscribe  *NOMBRE Y APELLIDO*  DNI  *DNI*  en mi carácter de  *PROPIETARIO / PRESIDENTE / APODERADO / REPRESENTANTE LEGAL*  del establecimiento  *NOMBRE DE FANTASIA*  bajo la titularidad de  *RAZON SOCIAL*  CUIT Nº  *CUIT*  que desarrolla sus actividades en domicilio constituido en  *DOMICILIO DEL ESTABLECIMIENTO*  del departamento de  *SELECCIONE DEPARTAMENTO* , Provincia de Mendoza **declaro que el establecimiento prestador de servicios de salud NO GENERA residuos patogénicos y/o farmacéuticos.**

 …………………………...................

DIRECTOR TECNICO Y/O RESPONSABLE DE LA EMPRESA

Firma y aclaración