**SOLICITUD DE HABILITACIÓN**

 Mendoza, ***SELECCIONE FECHA***

**A LA SR/A**

**MINISTRO DE SALUD,**

**DESARROLLO SOCIAL Y DEPORTES**

El que suscribe  *NOMBRE Y APELLIDO*  DNI  *DNI*  en representación 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, teléfono  *TELEFONO* , bajo la dirección técnica de  *DIRECTOR TECNICO* , se presenta ante Usted a fin de solicitar **HABILITACION Y/O RENOVACIÓN DE HABILITACION**, del o de los servicios que se detallan a continuación:

 *DETALLE DE SERVICIOS*

Orientación de las actividades:

 Asistencial Sanitaria de Docencia Investigación Otras (especificar)

  *. . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .*

Índole de las prestaciones:

 Diagnóstico Prevención Rehabilitación

Modalidad de las prestaciones

 Programadas de Urgencia Espontáneas Permanentes Otras (especificar)

  *. . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .*

Declaro como domicilio electrónico el/los siguientes y acepto que me sean notificados allí todos los actos administrativos de la presente pieza que se conforma, quedando bajo mi responsabilidad el control periódico del/los correos aquí detallados y denuncia de su cambio.

. . . . @ . . . .

. . . . @ . . . .

. . . . @ . . . .

Horario y días de atención:  *HORARIO Y DIAS DE ATENCION*

……………………………………. …………………………...................

TITULAR O APODERADO DE LA EMPRESA

Firma y aclaración

DIRECTOR TECNICO

Firma y aclaración

*Nota: Debe presentarse con copia que será devuelta con sello y firma del funcionario receptor como comprobante de inicio de trámite. Los datos consignados en la presente tienen carácter de declaración jurada.*