**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:

[ ]  HOGAR GERIATRICO [ ]  CENTRO DE DIA (Salud Mental)

[ ]  CENTRO DE DIA (Adulto Mayor) [ ]  OTROS (especificar)

[ ]  RESIDENCIA ASISTIDA (Salud Mental)  *. . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .*

Declaro que la orientación de las actividades es asistencial sanitaria, que la índole de las prestaciones es de rehabilitación, que la modalidad de las prestaciones es: [ ]  Permanente [ ]  Transitoria

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.

. . . . @ . . . .

. . . . @ . . . .

. . . . @ . . . .

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

TITULAR Y 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.*