



## FORMULARIO Nº1

Recibo Nº 

--	--	--	--	--

Trámite Nº 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

### DIRECCIÓN DE AUDITORÍA MÉDICA

#### SOLICITUD DE HABILITACIÓN DE CONSULTORIO

LEY 9847 Dto. 1453/86 y Modificatorias Ley 10.169 Dto 3854/87

#### 1- DATOS DEL SOLICITANTE

Nombre y Apellido \_\_\_\_\_

Mat. \_\_\_\_\_ DNI \_\_\_\_\_ Mail \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_

#### 2- DATOS DEL CONSULTORIO

Domicilio \_\_\_\_\_ Nº \_\_\_\_\_ Piso \_\_\_\_\_ Dto \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Cod. Postal \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_

¿Asiste a personas con movilidad reducida? \_\_\_\_\_

#### 3- DISCIPLINAS DE LA SALUD

	Cant.		Cant.
PSICÓLOGO		PSICOPEDAGOGOS	
FONOAUDIÓLOGO		KINESIÓLOGOS	
MÉDICO		OTROS	

**4- DATOS DE PROFESIONALES QUE INTEGRAN EL CONSULTORIO**

APELLIDO Y NOMBRE	TELÉFONO	MAT.	DNI	FIRMA

- En caso de profesionales **NO** Psicólogos adjuntar Constancias de Matrícula.

**5- CROQUIS**


} **12 m**

Croquis a escala y acotado  
Indicando aberturas de acceso  
y ventanas.

**Obsevaciones:** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Los datos contenidos en la presente solicitud tiene carácter de **DECLARACIÓN JURADA**, haciendose responsable de los mismos el Titular del Consultorio, quien firma al pie tomando conocimiento de las exigencias establecidas para la Habilitación y Fiscalización de los establecimientos de Salud de la Provincia de Santa Fe – Ley 9847 y Ley 10169 y sus Decretos Reglamentarios.

--	--	--

**FECHA**

\_\_\_\_\_

Firma Profesional Titular