

FORMULARIO Nº3

Trámite Nº

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

DIRECCIÓN DE AUDITORIA MÉDICA

SOLICITUD DE CONSULTORIO DE OTRO COLEGIO

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 _____ Cód. Postal _____

Tel. _____

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- DATOS DEL COLEGIO

COLEGIO	Nº HABILITACIÓN	FECHA DE HABILITACIÓN	FIRMA RESPONSABLE

Obsevaciones: _____

Los datos contenidos en la presente solicitud tiene carácter de **DECLARACIÓN JURADA**, haciendose responsable de los mismos el Títular 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.

Firma Profesional Titular

--	--	--

FECHA

Consultas: Oficina de Secretaría - de lunes a viernes de 08:00 a 13:30 horas - Tel. 4498780 / 4474460 - Int. 14