



COLEGIO DE PROFESIONAL:

NÚMERO DE TRÁMITE:

AÑO:

SOLICITUD DE HABILITACIÓN Ley 9847 - Decreto 1453/86 y modificaciones

(Debe ser cumplimentada en letra de imprenta legible o impreso)

• **DENOMINACIÓN** (marque con una tilde lo que corresponda)

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Consultorio | <input type="checkbox"/> Centro de hemodiálisis |
| <input type="checkbox"/> Centro | <input type="checkbox"/> Centro de cirugía ambulatoria |
| <input type="checkbox"/> Instituto | <input type="checkbox"/> Centro de endoscopia |
| <input type="checkbox"/> Servicio de traslado | <input type="checkbox"/> Centro de día |
| <input type="checkbox"/> Servicio de emergencia | <input type="checkbox"/> Servicio de atención médica dom. |
| <input type="checkbox"/> Servicio de radioterapia | <input type="checkbox"/> Otros: |

• **IDENTIFICACIÓN:**

Departamento:

Localidad:

Calle:

N°:

Teléfono 1:

Teléfono 2:

Mail:

• **DIRECTOR MÉDICO / TITULAR (DEL ESTABLECIMIENTO):**

• **CONSULTORIOS** ("número" total de consultorios y "tipo" de cada uno)

Cantidad total:

En número:

En letra:

TIPO DE CONSULTORIO	CANTIDAD	UNIPERSONAL	COMPARTIDO
Médico			
Médico ginecológico / urológico			
Sala hemodiálisis N° unidades			
Sala endoscópica			
Servicio radioterapia			
Ambulancias unidades			
Quirófano			
Servicio de atención médica dom.			
Otros colegios			
Bioquímico			
Enfermería			
Fonoaudiológico			
Kinesiológico			
Psicológico			
Psicopedagógico			
Radiológico			
Odontología			
Terapeuta Ocupacional			
Otros (especificar)			



Colegio de Terapeutas Ocupacionales
Provincia de Santa Fe ■ Primera circunscripción

• **NOMBRE DEL O LOS PROPIETARIOS:**

SOCIEDAD: (si fuese sociedad se acompañará copia del contrato o estatuto)

• **SE ADJUNTA:**

1. PLANO MUNICIPAL: copia del plano municipal reglamentario actualizado, aprobado por autoridad competente y/o croquis firmado por Profesional Técnico responsable, adjuntando certificado de matrícula profesional. Sujeto a **REGLAMENTO DE EDIFICACIÓN PRIVADAS**.

2. Certificado de matriculación y habilitación en el Colegio Profesional respectivo del Director y demás profesionales.

3. Copia del reglamento interno que normalice la coordinación de los estamentos entre sí del establecimiento y copia de la estructura funcional.

4. Nombre del director y demás profesionales permanentes, periódicos o a demanda: consignar al reverso nomina con categoría y especialidad.

Nº	PROFESIONAL	CATEGORÍA	ESPECIALIDAD	MATRÍCULA
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				

(En caso de que el cuadro presente no contenga a todos los profesionales, adjuntar listado)

Fecha:

(Firma del titular)

Los datos contenidos en la presente solicitud tiene carácter de Declaración Jurada, haciéndose responsable de los mismos, el Director de la institución, quien firma al pie, tomando conocimiento de las exigencias establecidas para la Hbilitación y Fiscalización de los establecimientos de salud de la Provincia de Santa Fe - Ley 9847 y 10169 y sus decretos reglamentarios.

Se inicia trámite simultáneo de inscripción ante Colegio de
para la habilitación del

cuya fiscalización corresponde al o a los citados organismos volviendo a firmar el Director responsable.

(Firma del Director)