

**COLEGIO DE TERAPISTAS OCUPACIONALES
DE LA PROVINCIA DE SANTA FE**



- Primera Circunscripción -

COLEGIO DE PROFESIONAL

NUMERO DE TRÁMITE

AÑO

SOLICITUD DE HABILITACION

Ley 9847 – Decreto 1453/86 y modificaciones

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

DENOMINACION: (marque con una cruz lo que corresponda)

- | | |
|----------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> CONSULTORIO. | <input type="checkbox"/> CENTRO DE HEMODIALISIS. |
| <input type="checkbox"/> CENTRO. | <input type="checkbox"/> CENTRO DE CIRUGIA AMBULATORIA. |
| <input type="checkbox"/> INSTITUTO. | <input type="checkbox"/> CENTRO DE ENDOSCOPIA. |
| <input type="checkbox"/> SERVICIO DE TRASLADO. | <input type="checkbox"/> CENTROS DE DÍA. |
| <input type="checkbox"/> SERVICIO DE EMERGENCIA. | <input type="checkbox"/> SERV. de ATENCION MEDICA DOM. |
| <input type="checkbox"/> SERVICIO DE RADIOTERAPIA. | <input type="checkbox"/> OTROS: _____ |

IDENTIFICACION:

Departamento: _____ Localidad: _____
 Calle: _____ N°: _____
 Teléfono Fijo: _____ Teléfono 2: _____
 Mail: _____

DIRECTOR MÉDICO / TITULAR (del Establecimiento): _____

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

En letra: _____

Cantidad total: _____ En número: _____

TIPO de CONSULTORIO	CANTIDAD	UNIPERSONAL	COMPARTIDO
MÉDICO			
MÉDICO GINECOLÓGICO / UROLÓGICO			
SALA HEMODIÁLISIS N° UNIDADES			
SALA ENDOSCÓPICA			
SERVICIO RADIOTERAPIA			
AMBULANCIAS UNIDADES			
QUIRÓFANO			
SERVICIO DE ATENCIÓN MEDICA DOM.			
OTROS COLEGIOS :			
BIOQUÍMICO			
ENFERMERÍA			
FONOAUDIOLÓGICO			
KINESIOLÓGICO			
PSICOLÓGICO			
PSICOPEDAGÓGICO			
RADIOLÓGICO			
ODONTOLOGÍA			
TERAPISTA OCUPACIONAL			
OTROS (<i>especificar</i>):			

COLEGIO DE TERAPISTAS OCUPACIONALES
DE LA 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 EDIFICACIONES 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

N°	PROFESIONAL	CATEGORIA	ESPECIALIDAD	MATRICULA
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 DECLARACION JURADA, haciéndose responsable de los mismos, el Director de la institución, 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 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