



GOBIERNO REGIONAL DEL CALLAO
DIRECCION REGIONAL DE SALUD DEL CALLAO
DIRECCION EJECUTIVA DE SALUD AMBIENTAL
DIRECCION DE SANEAMIENTO BÁSICO HIGIENE ALIMENTARIA Y ZONOSIS



N° DE EXPEDIENTE: _____

FECHA: _____

FORMATO DESA/DSBHAZ-002

Solicitud - Declaración Jurada

AUTORIZACIÓN SANITARIA PARA CLÍNICAS
VETERINARIAS, CENTROS DE EXPERIMENTACIÓN,
ESTABLECIMIENTO DE CRIANZA, ATENCIÓN,
COMERCIALIZACIÓN, EXPERIMENTACIÓN Y/O
ALBERGUE DE CANES

A) CERTIFICACIÓN POR PRIMERA VEZ

☐

B) RENOVACIÓN DE CERTIFICACIÓN

☐

INFORMACION DEL ADMINISTRADO (Según lo autorizado por la DIRESA CALLAO)

1. REGISTRO UNICO DEL CONTRIBUYENTE - RUC N°:

2. NOMBRE COMERCIAL:

3. RAZON SOCIAL:

4. REPRESENTANTE LEGAL:

APELLIDOS:

NOMBRES:

DIRECCION DEL DOMICILIO FISCAL:

Calle/Jirón/Avenida:

N°:

INT:

URB/AAHH/PPJJ:

MZ.:

LOTE:

DISTRITO:

PROVINCIA:

REGION:

Email:

Teléfono:

DATO DEL MEDICO VETERINARIO REGENTE:

NOMBRES:

APELLIDOS:

TITULO PROFESIONAL:

COLEGIATURA:

REQUISITOS (Marque con una "X", los requisitos adjuntados)

Programa de Higiene y Saneamiento del Establecimiento (En caso de certificación por primera vez)

☐

Programa de Bio Seguridad para la prevención de enfermedades transmisibles, refrendado por Médico Veterinario regente. (En caso de certificación por primera vez)

☐

Diploma de Colegiatura del Médico Veterinario Regente. (En caso de certificación por primera vez)

☐

Comprobante de Pago por derecho de Trámite.

☐

DECLARO BAJO JURAMENTO QUE LA INFORMACIÓN QUE HE PROPORCIONADO, ES VERAZ Y ASUMO LAS RESPONSABILIDADES Y CONSECUENCIAS LEGALES QUE SE GENEREN.

Formulo la presente Declaración Jurada, en virtud del Principio de Presunción de Veracidad previsto en el numeral 1,7 artículo 42° de Ley N° 27444, Ley del Procedimiento Administrativo General. La Dirección Ejecutiva de Salud Ambiental, tomará en cuenta la información en ella consignada, reservándose el derecho de llevar a cabo las verificaciones correspondientes; así como solicitar la acreditación de la misma. En caso de detectarse de omitir, ocultar o consignar información falsa, se procederá con las acciones legales que correspondan.

Callao,de.....del 20.....

.....

Firma del Representante Legal

N° DNI:

.....

Firma del Medico Veterinario

N° DNI: