SOLICITO: AUTORIZACION SANITARIA O RENOVACIÓN DE AUTORIZACIÓN SANITARIA PARA ESTABLECIMIENTOS DE SERVICIOS MÉDICOS VETERINARIOS
(Solicitud con carácter de Declaración Jurada)

SEÑOR(A):
DIRECTOR(A) REGIONAL DE LA DIRECCION REGIONAL DE SALUD TACNA

Atención: Dirección Ejecutiva de Salud Ambiental

Yo:……, identificado(a) con D.N.I. N° …… ó Carnet de Extranjería / Pasaporte N° ……, Celular N° ……, correo electrónico …….., domiciliado en …….., Propietario ( ), Gerente ( ), Representante ( ) de la Empresa - Razón Social …….., RUC N°……, domicilio Fiscal en ……, distrito……, nombre comercial del establecimiento ……., ubicado en……distrito de ……, Médico Veterinario Regente……, CMVP N° ……,, **ante usted, respetuosamente me presento y expongo:**

Que, de acuerdo con lo dispuesto por el Texto Único de Procedimientos Administrativos vigente (TUPA), de la DIRESA TACNA, solicito:

AUTORIZACIÓN SANITARIA PARA ESTABLECIMIENTOS DE SERVICIOS MÉDICOS VETERINARIOS ( )

RENOVACIÓN DE LA AUTORIZACIÓN SANITARIA PARA ESTABLECIMIENTOS DE SERVICIOS MÉDICOS VETERINARIOS ( )

Asimismo según lo dispuesto en el Art. IV, inciso 1.7 y Art. 51, que regula el principio de presunción de veracidad, según el D.S. N° 004-2019-JUS, TUO de la Ley de Procedimiento Administrativo General Ley N° 27444, al cual me someto, **Declaro Bajo Juramento**, que la información proporcionada es verdadera, asumiendo la responsabilidad administrativa y/o judicial que se pudiera generar del procedimiento solicitado y habiendo efectuado el pago por Derecho de Trámite correspondiente, adjunto los siguientes requisitos:

1. Solicitud dirigida al responsable de Salud Ambiental de la DIRESA, con carácter de declaración jurada, que contenga N° de RUC firmada por el representante legal y médico veterinario regente.
2. Programa de Higiene y Saneamiento del establecimiento.
3. Programa Anual de Seguridad y Salud en el Trabajo.
4. Título profesional de médico veterinario y/o médico veterinario zootecnista, colegiado y habilitado.
5. Pago por derecho de trámite.

POR LO EXPUESTO:
Solicito, se brinde la atención a la presente.

Tacna, …… de …….de……..

……..	……
PROPIETARIO O REPRESENTANTE LEGAL	FIRMA Y SELLO DEL MEDICO VETERINARIO REGENTE
DNI. N°……	DNI. N°……

FOLIOS ( )

Derecho de pago en Banco de la Nación o Caja de la DIRESA TACNA

Comprobante Pago N°……Fecha de Pago……de……..de……