|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **PLANILLA DE SOLICITUD** | | |  |
| Ciudadana:  Directora Estadal de Salud Ambiental | |  |  |  |
| Atención:  Coordinador del Servicio de Gestión  De Riesgos Sanitario Ambientales | |  | Primera Vez: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | |
|  | Renovación: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | |

Yo:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Titular de la C.I. N° \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Representante Legal del Establecimiento:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Rif:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Ubicado en Avenida: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Calle:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Numero de local:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Sector:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Parroquia: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Municipio:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Número de Teléfono Fijo:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Móvil: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, pido a Usted, se sirva realizar Inspección Sanitaria Ambiental, en el establecimiento antes mencionado, Para Realizar Actividades de: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Nombre y Apellido  Representante Legal |  | Firma |  |
| **Juro que la información contenida en esta solicitud y los requisitos anexos es verdadera.** | | | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Recibido por: |  | **RECAUDOS POR EL REVERSO DE LA HOJA**  La Presente Solicitud Utiliza pago por Concepto de Timbres Fiscales Regionales 300 UT (SIARTEC) |
| N° de Admisión: |  |
| Fecha: |  |
| Asignado a: |  |
| Fecha: |  |

1. **Planilla de Solicitud,** escrita en letra Legible con bolígrafo y validada con pago por Concepto de Timbre Fiscal Regional – SIARTEC equivalente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.
2. **Copia del Acta Constitutiva de la Empresa,** debidamente registrada por ante la oficina de Registro Mercantil, Copia de la última Acta de Asamblea Extraordinaria de Socios registrada si la hubiere.
3. **Copia del Rif de la Empresa.**
4. **Copia de C.I. del Propietario o Representante Legal.**
5. **Realizar deposito, transferencia Bancaria** por concepto de Baremo de Costos INSALUD equivalente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, en las siguientes Cuentas:
   * Banco de Venezuela Cuenta Corriente N° 0102-0388-12-0000008659
   * Banco del Caribe Cuenta Corriente N° 0114-0220-85-2200160579
   * INSALUD – Numero de RIF.- G-200049898
6. **Croquis de Ubicación del Establecimiento.**
7. **Copia del Documento de Propiedad y/o Contrato de Arrendamiento del Inmueble.**
8. **Copia del Certificado de Fumigación** del Establecimiento (Emitido por la Empresa de servicio debidamente registrada y autorizada por los organismos competentes).
9. **Copia de Certificado de Limpieza y Desinfección del Tanque para Almacenamiento de Agua de Uso y Consumo Humano** (Emitido por Empresa de Servicio debidamente registrada y autorizada por los organismos competentes). NOTA: En caso de que la limpieza y desinfección sea realizada por personal empleado de la empresa o persona particular, el procedimiento deberá ser evaluado y autorizado por esta dependencia administrativa para su implementación.
10. **Procedimiento Para Cumplimiento de Medidas Preventivas en relación a COVID-19 y Certificación de Limpieza y Desinfección de Ambientes y superficies de Contactos.**

|  |
| --- |
| **CONSIGNAR RECAUDOS EN CARPETA MARRON, TAMAÑO OFICIO, SUJETADOS CON GANCHO.** |

**NOTA:** En caso de ser necesario la autoridad sanitaria competente podrá solicitar cualquier otro recaudo, que considere pertinente de acuerdo a lo estipulado en la normativa legal que rige cada caso en particular y según el resultado de la inspección ocular realizada por parte del personal técnico profesional autorizado para tal fin.

**OBSERVACIÓN:** El propietario o representante legal deberá realizar los pagos correspondientes por concepto de baremo de costo INSALUD Y Timbres Fiscales SIARTEC, de acuerdo a la tasa o valor del día de la consignación y en caso de ser necesario el mismo deberá canelar la diferencia luego del proceso de verificación.