



Gobierno de Córdoba
Ministerio de Salud
Rugepresa

Espacio Rótulo
Gobierno de la Provincia de Córdoba
Control Interno
Mesa de Entrada - Ministerio de Salud

P

**SOLICITUD de INSCRIPCIÓN
CONSULTORIOS PSICOLOGOS**

Alta
 Baja
 Modificación

Fecha

1.0 Denominación		
1.1 Domicilio		Piso
1.2 Barrio		1.3 Seccional
1.4 CP	1.5 Localidad	1.6 Departamento
1.7 Tel	1.8 E-mail	
1.9 Razón Social		

2.0 Propietarios / Socios				Pers.Jurídica
Apellido y Nombres	CUIT	Propietario	Pers.Jurídica	Unipersonal
				De hecho
				SRL
				SA
				UTE
				Otro

2.1 Servicios			
Luz	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Teléfono	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Gas	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Baño Público	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Agua	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Baño Anexo Consultorio	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Cloacas	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Sala de Espera	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>

2.2 Superficies	Mts.
Consultorio	
Baño Público	
Baño Anexo Consultorio	
Sala de Espera	

2.3 Especialidades que desarrolla	
Alergia e Inmunología	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Anatomía Patológica	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Cardiología	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Gastroenterología	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>

De acuerdo a la especialidad que se realice, se deberá adjuntar planilla de equipamiento.
Firmo en carácter de declaración jurada que todos los datos mencionados anteriormente obra en el consultorio y se encuentra en correcto funcionamiento.

Lugar y Fecha

Firma y Sello Responsable

Aclaración