

DECLARACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE REQUISITOS SANITARIOS

Yo, MICHAEL BRYAN BRAVO CANALES , RUT 17438022-8 , domiciliado para estos efectos en VICUÑA MACKENNA PONIENTE 6650 , LA FLORIDA , declaro conocer y cumplir con los requisitos sanitarios entregados en este acto por la Autoridad Sanitaria para el funcionamiento de la instalación con los fines solicitados. Asimismo, declaro que los datos aquí vertidos son fidedignos, y me comprometo a ejecutar las actividades desarrolladas de manera fiel y respetuosa de las normas legales y reglamentarias que las regulan. Señalo además, que cuento con correo electrónico **m.bravo.canales@gmail.com** en el cual acepto recibir y responder a cualquier notificación de la autoridad sanitaria

La solicitud de AUTORIZACION DE ALIMENTOS, para el VENDEDOR AMBULANTE, ubicado en , LA FLORIDA, con ingreso N° 000000000, de fecha 08/06/2023.

Considera las siguiente actividades o fines:

- EXPENDER ALIMENTOS ENVASADOS QUE NO REQUIEREN REFRIGERACION



MICHAEL BRYAN BRAVO CANALES
17438022-8

GOBIERNO DE CHILE
MINISTERIO DE SALUD