

**SOLICITUD ENROLAMIENTO SANITARIO****LOCAL O RUBRO SOLICITADO:** _____**DIRECCION ESTABLECIMIENTO:** _____**FONO:** _____ **CIUDAD:** _____ **COMUNA:** _____**NOMBRE O RAZON SOCIAL PROPIETARIO:** _____**RUT:** _____ **DIRECCION:** _____ **COMUNA:** _____**NOMBRE REPRESENTANTE:** _____**RUT:** _____ **DIRECCION:** _____**FONO:** _____ **CIUDAD:** _____ **COMUNA:** _____**DOCUMENTOS REQUERIDOS**

- () Solicitud patente Municipal.
- () Croquis de planta a escala del establecimiento
- () Comprobante de pago de agua potable y alcantarillado (Empresa de Servicios Sanitarios). En caso de disponerse de servicios particulares, Resolución de autorización del sistema (DS Nº 977/96 Art. 27 y 31)
- () Comprobante de pago de energía eléctrica de empresa de electricidad.

DECLARACION**DECLARO CONOCER Y/O ACEPTAR:**

1. Normativa sanitaria aplicable al establecimiento
2. Que si los antecedentes entregados al momento de ingreso de la solicitud, no corresponden a la realidad será rechazada la solicitud
3. Que la autoridad sanitaria, se reserva el derecho de cotejar la información con los espacios físicos e instalaciones que se observen en terreno.

FIRMA PROPIETARIO O REPRESENTANTE LEGAL**USO INTERNO AUTORIDAD SANITARIA**

ARANCEL \$ _____

FECHA RECEPCION SOLICITUD: ____/____/____**APROBADO:** _____ **RECHAZADO:** __________
FIRMA FUNCIONARIO