Al Córdoba,

Registro de Unidades de Gestión

de Prestaciones de Salud

Ministerio de Salud de la Provincia de Córdoba

El que suscribe ,

D.N.I.Nº , con domicilio en .

,de la ciudad de ,

en mi carácter de (apoderado – propietario) , del

**Establecimiento**  ,

con domicilio en ,

de la ciudad , **propiedad de ……………………………………….** y bajo la **Dirección Técnica** de ,

M.P. Nº , vengo por la presente a solicitar la inscripción y habilitación de la entidad que represento, destinada a brindar la ***MODALIDAD PRESTACIONAL***:………………………………………………………………………………

a cuyo fin acompaño el poder correspondiente a efectos de acreditar la representación invocada, así como la documentación pertinente conforme a la normativa aplicable.

Que en el carácter invocado declaro conocer y aceptar la Ley N° 6.222, Decreto N° 33/08 y Resolución Ministerial N° 015/09, Ley N° 8811, así como la Normativa vigente de referencia para Personas con Discapacidad, formulando adhesión expresa e irrevocable a los principios que los informan, obligando a mi mandante a su cumplimiento irrestricto.

Que asimismo, comprometo a mi representada/o, a cumplir con los requisitos de habilitación, y de certificación de profesionales de acuerdo con las normas dictadas y que dicte ese Ministerio.

En razón de lo expuesto solicitamos tenga presente esta solicitud de inscripción en ese Registro y en consecuencia se nos expida la habilitación correspondiente.

Apoderado o propietario Firma Aclaración

NOTA: El Apoderado o propietario deberá acreditar su personería con la correspondiente documentación

que acredite su identidad.