



PERÚ

Ministerio de Salud

Dirección de Redes Integradas de Salud Lima Centro

"Año del Buen Servicio al Ciudadano"

**SOLICITUD CON CARÁCTER DE DECLARACIÓN JURADA**

**SOLICITO: AUTORIZACIÓN SANITARIA PARA EL FUNCIONAMIENTO DE CREMATORIOS**

**SEÑOR DIRECTOR GENERAL DE LA DIRECCIÓN DE REDES INTEGRADAS DE SALUD LIMA CENTRO S.D.**

Yo \_\_\_\_\_ identificado con DNI N° \_\_\_\_\_ o Carnet de Extranjería N° \_\_\_\_\_ y RUC N° \_\_\_\_\_ domiciliado en \_\_\_\_\_ propietario y/o representante legal de la empresa \_\_\_\_\_ dedicado a \_\_\_\_\_,

Ubicado en \_\_\_\_\_ teléfono \_\_\_\_\_,

Correo electrónico \_\_\_\_\_, ante usted con el debido respeto me presento y expongo:

Que de acuerdo al texto único de procedimientos administrativos vigente (TUPA), aprobado mediante D.S. N° 013-2009 SA., y la Ley N°27444, Ley del Procedimiento Administrativo General que indica "el principio de presunción de veracidad" al cual me someto respecto a los datos y documentos que presento: dejando constancia que asumo cualquier tipo de responsabilidad de índole administrativo o judicial que pudiera ocasionar el procedimiento solicitado, declaro bajo juramento con las precitadas disposiciones legales y solicito a usted designe a quien corresponda, realice la evaluación al expediente adjunto, para lograr la autorización sanitaria respectiva, para cuyo fin adjunto los siguientes requisitos:

1. Solicitud de Autorización sanitaria para el funcionamiento de crematorios, dirigida al Director General de la Dirección de Redes Integradas de Salud Lima Centro, con carácter de declaración jurada, el cual contiene el Registro Único del Contribuyente (RUC) y número de Licencia de funcionamiento.
2. Copia de Licencia de Construcción expedida por la Municipalidad Distrital correspondiente.
3. Copia de la Licencia de Funcionamiento Municipal.
4. Pago por derecho de trámite del Banco de la Nación

Por lo expuesto, agradeceré brindar la atención a la presente, comprometiéndome a cumplir con las mejoras y disposiciones que se requiere.

Lima, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ del 20\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
**PROPIETARIO O REPRESENTANTE LEGAL**  
DNI: