



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 O RENOVACIÓN DE AUTORIZACIÓN SANITARIA PARA CLÍNICAS VETERINARIAS, CENTROS DE EXPERIMENTACIÓN DONDE SE REALICEN INVESTIGACIONES CON CANES Y ESTABLECIMIENTOS DE CRIANZA, ATENCIÓN, COMERCIALIZACIÓN Y ALBERGUE DE CANES.

**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 o Renovación de Autorización sanitaria para clínicas veterinarias, centros de experimentación, donde se realicen investigación con canes y establecimientos de crianza, atención, comercialización y albergues de canes, dirigida al Director General de la Dirección de Redes Integradas de Salud Lima Centro, con carácter de declaración jurada el cual contiene el número de Registro Único del Contribuyente (RUC), firmada por el representante legal y por el Médico Veterinario Jefe.
2. Programa de higiene y saneamiento del establecimiento.
3. Programa de bioseguridad para la prevención de enfermedades transmisibles, refrendado por el Médico Veterinario Jefe
4. Copia del Título Profesional y del Diploma de Colegiatura del Médico Veterinario Jefe.
5. 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:

AV. Lurigancho Cdra. 9 s/n Mz B Lt. 49
Urb. Azcarrunz Alto SJL
Telf. (511) 376-52-00 – 376-46-88