

|                                                                                   |                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                |
|-----------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  | MINISTERIO DE<br>SALUD PUBLICA<br>DIRECCIÓN DE<br>SANEAMIENTO AMBIENTAL<br>DEPARTAMENTO DE<br>SANEAMIENTO BÁSICO | SOLICITUD DE CERTIFICACION<br>COMO ESTABLECIMIENTO/INSTITUCIÓN<br>NO GENERADORA DE RESIDUOS PATOLÓGICOS<br>Categoría Y1 corriente de desechos sometidos a control<br>Ley Nacional N° 24051 Adhesión Ley Provincial N° XVI-N°63 |
|-----------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

..... de..... de 2022

**Al Director de Saneamiento Ambiental**  
**Dr. Horacio Fabián Zelaya**  
**S/D**

Me dirijo a Ud. a fin de solicitarle la habilitación de la certificación como Institución NO GENERADORA de residuos patológicos contemplados en la categoría Y1 de la corriente de residuos peligrosos sometidas a control por Ley Nacional N°24.051: Residuos Peligrosos, Ley Provincial XVI-N°63: Adhesión a Ley Nacional N°24.051, Ley Provincial XVII-N°58 Cap. I Art.N°6 inc. h) de Salud, Resolución Nacional N°1.328/06: Marco Básico de Organización y Funcionamiento de Prestaciones a Personas con Discapacidad–Programa Nacional de Garantía de La Calidad en Atención Medica, Resolución Provincial N°1.222/15: Requisitos para certificación como no generadores de residuos que correspondan a la corriente de desechos tipo Y1.

**Datos de la Institución o Establecimiento:**

Denominación: \_\_\_\_\_

CUIT del Establecimiento: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Localidad: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_

E-mail Institucional: \_\_\_\_\_

Detalles del Servicio que presta: \_\_\_\_\_

Nomenclador de servicio: \_\_\_\_\_

Numero de gabinetes: \_\_\_\_\_ Cantidad de asistidos/pacientes: \_\_\_\_\_

Cantidad de profesionales/personal: \_\_\_\_\_ Turnos: M-T- otros: \_\_\_\_\_

**Datos del responsable/propietario/apoderado:**

Apellidos: \_\_\_\_\_

Nombres: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_

|                                                                                                                                                                          |                     |  |  |                                                                                         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|--|--|-----------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| Tipo de Documento                                                                                                                                                        | Número de Documento |  |  |                                                                                         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <table><tr><td></td><td></td><td></td></tr></table>                                                                                                                      |                     |  |  | <table><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table> |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                                                                                                          |                     |  |  |                                                                                         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                                                                                                          |                     |  |  |                                                                                         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Nro. De Matricula/Registro profesional                                                                                                                                   |                     |  |  |                                                                                         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <table><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table> |                     |  |  |                                                                                         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                                                                                                          |                     |  |  |                                                                                         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**Se adjunta a la presente solicitud la siguiente documentación:**

- Copia del D.N.I. responsable/propietario/apoderado de la Institución.
- Copia del CUIT del establecimiento/institución.
- Copia del título del profesional.
- Copia certificada de la Matricula profesional.

Sin más que agregar y en espera de una respuesta favorable me despido de Ud. atte.

.....  
Firma y aclaración