Solicitud de Habilitación / Rehabilitación de Unidades Móviles para Emergencias y/o Urgencias, Traslados Programados y Consultas Médicas Domiciliarias

Fecha: *15/11/2021*

Versión: *06*

F2

Este documento tiene carácter de declaración jurada.

*Fecha: / /

***Espacio destinado para sello de Mesa de entrada** (**a completar solo por el Colegio Médico**)**:**

Solicitamos que los datos sean completados con letra clara y mayúscula de imprenta.
Los ítems marcados con * son OBLIGATORIOS.

➔ 1. DATOS DE LA UNIDAD MÓVIL

*Razón Social: *Dir. Médico:

*Marca: *Año de Fabricación:

*Modelo: *Dominio:

***Categorización de la Unidad Móvil**

(marcar una ☑ según corresponda)

- Alta complejidad:

Adulto ❑ Pediátrica ❑ Neonatal ❑ Adulto-Pediátrica ❑

Adulto-Neonatal ❑ Pediátrica-Neonatal ❑ Adulto-Pediátrica-Neo. ❑

- Baja complejidad ❑

➔ 2. *REQUISITOS RESTANTES DE LA UNIDAD MÓVIL

Fotos (4 Interiores/4 Exteriores)-Verificación Técnica Vehicular (VTV)-Título de la Unidad-Póliza de Seguro Obligatorio-Seguro de Traslado de Paciente de la Unidad-Cédula Verde-Copia de Licencias de Conducir de Categoría Profesional de Choferes Asignados a la Unidad-Certificado de Curso de RCP básico de Choferes Asignados a la Unidad-Certificado de Aptitud Psicofísica de Choferes y Enfermeros Asignados a la Unidad-Copia Matrícula Profesional del Plantel de Enfermería-Listado de Equipamiento de la Unidad, detallando los elementos más relevantes con los que cuenta la Unidad (Nombre del Equipo, Marca, Modelo y Nº de Serie).

La presente tiene carácter de declaración jurada y ha sido confeccionada sin omitir, ni falsear dato alguno que la misma deba contener, siendo fiel expresión de la verdad.

Firma y Aclaración del Propietario de la empresa	***Firma y Sello Director Médico Responsable***

Lugar y Fecha:

Nota:

a) *La recepción de la presente solicitud no implica habilitación.-*

b) *La cancelación del arancel de Habilitación/Rehabilitación se encuentra sujeta a la actividad de verificación de lo declarado en este formulario por parte del Departamento de Habilitaciones del Colegio de Médicos de la Provincia de Misiones. En aquellos casos en que se detecten diferencias entre lo declarado y verificado, procederemos a realizar los ajustes de aranceles que correspondan en cada caso.-*

c) *Para el caso de requisitos faltantes, la tramitación del presente tiene una vigencia de 120 (ciento veinte) días corridos. Transcurrido dicho plazo y verificándose la falta de cumplimiento de los mismos, se producirá de pleno derecho la caducidad del presente, con la correspondiente perdida del arancel de Habilitación/Rehabilitación abonado, debiéndose iniciar nuevamente el trámite.-*

d) *Una vez cumplimentado con los requisitos (documentos y/o tareas observadas) establecidos por el Colegio de Médicos, la resolución habilitante será emitida en el plazo de 20 (veinte) días hábiles, entregándose original de la misma previa verificación del pago cancelatorio de aranceles.-*