



Formato de Solicitud de Trámites Estatales CUR-01

RUT: \_\_\_\_\_

Fecha de Solicitud: \_\_\_\_\_ día | \_\_\_\_\_ mes | \_\_\_\_\_ año

1.1 Seleccione el trámite que va a realizar (Marque con una "X" el trámite a realizar): Se presenta una solicitud por persona y curso

- Buenas Prácticas de Higiene y Sanidad en la Preparación de Alimentos
NOM-201-SSA1-2015 Plantas de Agua y Hielo
Otro (especifique)

Fecha del Curso a Tomar: día \_\_\_\_\_ mes \_\_\_\_\_ año \_\_\_\_\_

1.2 Datos de la Persona que va a tomar el Curso (Datos obligatorios):

Nombre Completo: \_\_\_\_\_
Teléfono Particular: \_\_\_\_\_ Teléfono Celular: \_\_\_\_\_
Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

1.3 Datos del Establecimiento ( Datos obligatorios ):

GIRO, EXPEDIENTE, DENOMINACIÓN y FECHA DE VENCIMIENTO solo aplican para Determinaciones Sanitarias

Giro: \_\_\_\_\_ Expediente: \_\_\_\_\_
Propietario o Razón Social: \_\_\_\_\_
Denominación: \_\_\_\_\_ R.F.C.: \_\_\_\_\_
Dirección: \_\_\_\_\_
Col. / Fracc. : \_\_\_\_\_ Localidad: \_\_\_\_\_
Municipio: \_\_\_\_\_ Fecha de Vencimiento: \_\_\_\_\_

1.4 Documentación Anexa

- Copia de la Credencial de Elector de quien va a tomar el curso
Copia del Permiso del Establecimiento que tiene ante los Servicios de Salud de Yucatán
Aviso de Funcionamiento
Determinación Sanitaria
Licencia Sanitaria

Copia del Pago de Derechos ante Hacienda

Derecho \$ \_\_\_\_\_ Sanción \$ \_\_\_\_\_

DECLARO BAJO FORMAL PROTESTA QUE TODOS LOS DATOS ASENTADOS SON VERDADEROS

1.5 Nombre y Firma

USO EXCLUSIVO DEL CIS

Sello

Nombre: \_\_\_\_\_
Solicitante

Hora de Recepción: \_\_\_\_\_ No. de Hojas: \_\_\_\_\_

Recibe: \_\_\_\_\_