Gobierno del Estado de Yucatán | SSY SERVICIOS DE SALUD DE YUCATÁN

Solicitud de Renovación de Determinación Sanitaria

RENOV-01

Fecha de Solicitud: _____ | _____ | _____
día mes año

Datos del Solicitante (Datos obligatorios):

Nombre: _____

Carácter de: ◯ Propietario ◯ Representante / Apoderado Legal
◯ Otro (especifique) _____ ◯ Acta Constitutiva

Documento que lo acredita: ◯ Identificación Oficial Vigente con foto ◯ Carta Poder Notariada

Teléfono Particular: _____ Teléfono Celular:

Correo Electrónico: _____

Domicilio para oir y recibir notificaciones: _____

Datos de la Determinación Sanitaria (Datos obligatorios):

Giro: _____ Expediente: _____

Horario: ◯ Diurno ◯ Nocturno ◯ Ambos

Propietario o Razón Social: _____

Denominación: _____ R.F.C.: _____

Dirección: _____

Col. / Fracc. : _____ Localidad: _____

Municipio: _____ Fecha de Vencimiento: _____

Nombre del Beneficiario (obligatorio): _____

El suscrito solicitante, bajo protesta de decir verdad y conforme a lo establecido en el artículo 19 del Reglamento de Control y Vigilancia Sanitaria de los Establecimientos que Expenden Alimentos y Bebidas en general en Yucatán, manifiesto lo siguente:

- El titular de la Determinación Sanitaria cuenta con la posesión legal del predio donde se encuentra el establecimiento antes mencionado
- El propietario o poseedor del establecimiento no adeuda el importe de alguna sanción impuesta por la autoridad sanitaria
- El establecimiento sobre el cual recae la determinación sanitaria cumple con la normatividad vigente

Así mismo, adjunto al presente, los siguientes documentos:

- Determinación Sanitaria original anterior
- Original (cotejo) y copia del pago de derechos para el presente trámite
- Documento con el cual se acredita mi personalidad jurídica para realizar el trámite

Nombre y Firma	USO EXCLUSIVO DEL CIS
_____	RUT: _____
Propietario o Representante / Apoderado Legal	Hora de Recepción: _____ No. de Fojas: _____
	Recibe: _____