

**Formato de Solicitud de Trámites Estatales**  
**CUR-01**

Fecha

día

mes

año

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

**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: \_\_\_\_\_