

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

Fecha

día

mes

año

En caso de no utilizar algún campo, CANCELARLO

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 Otro (especifique) _____
- NOM-201-SSA1-2015 Plantas de Agua y Hielo _____

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
- Derecho
- Sanción

Copia del Pago de Derechos ante Hacienda

Copia del Permiso del Establecimiento que tiene ante los Servicios de Salud de Yucatán

- Aviso de Funcionamiento Licencia Sanitaria
- Determinación Sanitaria

1.5 Solicitud de Notificación Electrónica

De conformidad con lo establecido en el artículo 35 de la Ley Federal de Procedimientos Administrativos vigente, artículo 62 fracción II de la Ley de Actos y Procedimientos Administrativos del Estado de Yucatán vigente y con el objeto de facilitar y agilizar el seguimiento al presente acto de verificación sanitaria, yo _____ solicito de manera expresa recibir de forma electrónica a través de la dirección de correo electrónico _____ todas las comunicaciones y/o notificaciones sobre el seguimiento, resolución o cualquier otra decisión o requerimiento, que emane de la presente solicitud de trámite; por lo que me comprometo a revisarlo de manera permanente, mantenerlo con la capacidad (espacio virtual) suficiente para recibir mensajes y documentos; así como revisar siempre la bandeja de correos no deseados o "spam" para en su caso identificar algún correo electrónico emitido por esta autoridad sanitaria y que no haya ingresado a la bandeja principal de los correos electrónicos antes establecidos.

La presente autorización tendrá efectos a partir de esta fecha y hasta la notificación electrónica de la conclusión del procedimiento.

DECLARO BAJO FORMAL PROTESTA QUE TODOS LOS DATOS ASENTADOS SON VERDADEROS

1.6 Nombre y Firma

USO EXCLUSIVO DEL CIS

Sello

Propietario o Representante / Apoderado Legal

Hora de Recepción: _____ No. de Fojas: _____

Recibe: _____