

Formato de Solicitud de Trámites Estatales

RENOV-01

Fecha

día

mes

año

En caso de no utilizar algún campo, CANCELARLO

Datos del Solicitante (Datos obligatorios):

Nombre: _____
Carácter de: Propietario Representante / Apoderado Legal Acta Constitutiva
 Otro (especifique) _____
Documento que lo acredita: Identificación Oficial Vigente con Foto Carta Poder Notariada _____
Teléfono Particular: _____ Teléfono Celular: _____
Correo Electrónico: _____
Domicilio para oír y recibir notificaciones: _____

Datos de la Determinación Sanitaria (Datos obligatorios):

Giro: _____ Expediente: _____
Horario: Diurno Nocturno Ambos Fecha de Vencimiento: _____
Propietario o Razón Social: _____
Denominación: _____ R.F.C.: _____
Dirección: _____ Col. / Fracc. : _____
Localidad: _____ Municipio: _____
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 siguiente:

- 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

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

Nombre y Firma

USO EXCLUSIVO DEL CIS

Sello

Propietario o Representante / Apoderado Legal

Hora de Recepción: _____ No. de Fojas: _____

Recibe: _____