Requisitos Dispositivos de Inclusión Socio laboral: RESO-2021-4750-GDEBA-MSALGP (Punto A.7)

1. **Solicitud de Habilitación** dirigida al Director/a de Fiscalización Sanitaria, suscripta por el/la propietario/a del establecimiento juntamente con quien ejercerá la dirección técnica del mismo.

2. **Comprobante de pagos:** 2 módulos, más tasa administrativa de ARBA, se deberá adicionar el monto correspondiente a distancia, según detalle:

   De 50 a 100 km (10% de los módulos abonados)
   De 101 a 200 km (20% de los módulos abonados)
   De 201 a 300 km (30% de los módulos abonados)
   De 301 a 500 km (40% de los módulos abonados)
   De 500 km en adelante (50% de los módulos abonados)

   El **pago del arancel** correspondiente a cada trámite, más el incremento por distancia en los casos que se indique, deberá hacerse mediante **depósito bancario** en cualquier sucursal del **Banco Provincia** de Buenos Aires en la **cuenta 1696/2** –Sucursal 2000– de la Dirección de Fiscalización Sanitaria; o por medio de **Transferencia** Bancaria en **cajero automático**, al CBU 01409998 01200000169625 Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires, CUIT 30-62698339-8.-

3. **Fotocopia autenticada del título de propiedad**, contrato de locación suscripto a favor del solicitante o cualquier otro título que acredite el uso y goce del inmueble, con un plazo de vigencia no menor a TRES (3) años.

4. Cuando se trate de una sociedad deberá acompañarse **copia del contrato social autenticado e inscripto en el registro respectivo.** Si se trata de una entidad de bien público comisión de fomento, mutual, etc. Deberán presentar copia autenticada de sus estatutos con registro e inscripción del mismo. **CONSTANCIA DE CUIT DE LA RAZÓN SOCIAL.**

5. **Copia del plano** actualizado con destino (o certificado de radicación municipal), distribución, medidas y denominación de los ambientes que componen el establecimiento, aprobado por la Autoridad Municipal.

6. **Presentar Certificado de Radicación Municipal**.

7. **Tipo de actividad** que se realizará y nómina de los servicios profesionales y técnicos/tas (Memoria Descriptiva). Cantidad de concurrentes. Tipo de jornada (simple/doble).

8. **Listado de RRHH. Listado de personal profesional**:

   De los/las profesionales colegiados/das deberán enviar DNI y certificado ético original y actualizado.
   De los/las profesionales matriculados/das en el ministerio de salud: matricula provincial actualizada (RUP).

9. **Nota de designación del Director/a Técnico/a por la sociedad.**

10. **Nota de aceptación del Director/a Técnico/a con firmas certificadas.**

11. **Fotocopia del contrato con Emergencias Médicas Móviles** para el traslado de pacientes en caso de urgencia y/o emergencia.

12. **Informe antisiniestral completo y plan de evacuación**, emitido por autoridad competente pública o privada.

13. **Contrato de Seguro de Responsabilidad Civil** que cubra concurrentes y albergados/das, públicos y personal del establecimiento.

14. **Acreditar la potabilidad del agua** en forma anual.

15. **Poseer Línea Telefónica**, la que deberá acreditar.