



FORMULARIO PARA SOLICITAR PERMISO SANITARIO DE FUNCIONAMIENTO DE EMBARCACIONES



Espacio exclusivo para MINSAL	NUMERO DE SOLICITUD	FECHA DE RECEPCIÓN	MARGINAR A UCSF / OSI	1 ^{er} . PERMISO	RENOVACIÓN
	CÓDIGO ASIGNADO A LA EMBARCACIÓN				

1. Datos del Propietario o Representante Legal

PROPIETARIO
 REPRESENTANTE LEGAL
 APODERADO

NOMBRE LEGAL SEGÚN DOCUMENTO DE IDENTIDAD: _____ NACIONALIDAD: _____
 NUMERO DE DUI / No. DE CARNET DE RESIDENTE O PASAPORTE (Solo para extranjero): _____ CORREO ELECTRÓNICO: _____ TELEFONO FIJO: _____
 DIRECCIÓN: _____ MUNICIPIO: _____ DEPARTAMENTO: _____

2. Datos de la Embarcación

TIPO DE EMBARCACIÓN: _____

Nombre de la embarcación: _____
 RAZÓN SOCIAL: _____
 DIRECCIÓN DE MUELLE DONDE ATRACA: _____ MUNICIPIO: _____ DEPARTAMENTO: _____

3. No. De Certificado de matrícula

INSCRITO AL RC: No. _____ L. _____ CAPITAL: \$ _____ NIT DE LA EMPRESA O PERSONA NATURAL: _____
 TOTAL DE TRIPULANTES: _____

4. Firma del solicitante

_____ SELLO

FIRMA DEL SOLICITANTE (PROPIETARIO, REPRESENTANTE LEGAL O APODERADO)

ESPACIO DE USO EXCLUSIVO DE LA UNIDAD COMUNITARIA DE SALUD FAMILIAR

Fecha de recepción: _____ SELLO

Nombre y firma del Director de la Unidad Comunitaria de Salud Familiar _____