ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO
DEPARTAMENTO DE SALUD, P.O. BOX 70184, SAN JUAN, PUERTO RICO 00936-8184

SA-11

Estado Libre Asociado de Puerto Rico
Departamento de Salud

SOLICITUD DE SERVICIOS

De Universidad de Puerto Rico, Recinto Universitario de Mayagüez 66-0433761

Apellido Paterno **Apellido Materno** **Nombre**

Call Box 9000 Mayaguez 00681-9000

Dirección postal **Pueblo** **Zip Code** **Teléfono**

Al: Director de Salud Ambiental

Por la presente solicito

☐ **Endoso para ARPE** ☑ **Licencia Sanitaria** ☐ **Certificación**

☐ **Otros, para un establecimiento de mi propiedad o administración que sera dedicado a:**

Educativo UPR, Recinto Universitario de Mayagüez

Clase de Negocio **Nombre Comercial**

Boulevard Alfonso Valdés 259 Mayaguez 00680

Radicado en calle **Núm.** **Barrio** **Pueblo** **Zip Code** **Teléfono**

Firma del solicitante **Fecha**

AVISO SOBRE FACTURACION

Al amparo de la Ley Número 101 del 26 de marzo de 1999, las inspecciones sanitarias serán facturadas a la parte interesada. Al radicarse una solicitud de inspección, se le facturará por la inspección inicial de acuerdo a lo establecido en el Reglamento. Se procederá a realizar la inspección solicitada. De no cumplirse con los requisitos sanitarios, se le concederá un plazo de tiempo para corregir. Al finalizar ese plazo, se le hará una reinspección, donde la parte interesada deberá demostrar que cumplió con lo señalado en la notificación. De no haber cumplimiento en ese plazo, puede concederse un plazo adicional, pero se le facturará nuevamente, de acuerdo al Reglamento, por la siguiente inspección y por todas aquellas inspecciones que sean necesarias hasta que se cumpla con la notificación original.

POR TAL RAZON, ES IMPORTANTE QUE SE CORRIJAN LAS DEFICIENCIAS EN EL PLAZO INICIAL CONCEDIDO, PARA QUE EVITE UNA NUEVA FACTURACION. DE NO HABER CUMPLIMIENTO, PODRA ESTAR SUJETO A LA ACCION LEGAL O ADMINISTRATIVA DE ACUERDO A LA REGLAMENTACION VIGENTE EN EL DEPARTAMENTO DE SALUD.

PARA USO DE LA OFICINA DE SALUD AMBIENTAL

Al: Secretario de Salud

Yo _____, Inspector de Salud Ambiental, certifico que el establecimiento público a que se refiere dicha petición, luego de haber cumplido con las disposiciones de la Ley 101 y el Reglamento 97 y de haber sido inspeccionado por este servidor, reúne los requisitos reglamentarios según aplican: **[ ] ESTRUCTURALES, [ ] VENTILACION, [ ] PLOMERIA, SERVICION SANITARIOS SEPARADOS Y LOCALIZADOS ADECUADAMENTE, [ ] PERMISO DE USO, [ ] LEY 40.** Por consiguiente recomiendo favorablemente se le otorgue el documento solicitado.

Firma del Inspector de Salud Ambiental **Fecha**

Vo. Bo. Supervisor

Factura Número _____

Número Recibo _____

Fecha de Pago _____

May/03/mor