**IMPORTANTE: El presente es un modelo de Nota Tipo 7 que corresponde si Usted desea Ampliar un Consultorio, donde el Propietario y el Director Técnico es un profesional de la Kinesiología.**

**Deberá confeccionarla en computadora, completando los datos requeridos y eliminando los ítems o datos que no correspondan. Debe borrar los paréntesis “()” y reemplazar por la información que allí se solicita.**

**No puede haber tachaduras ni enmiendas.**

**Cualquier duda puede consultar en su Delegación Regional o al Sector Habilitaciones en Sede Central.**

***(Localidad donde usted se encuentra)***, ***(día)*** de ***(mes)*** de 2020.-

Al Señor

Presidente del Colegio de Kinesiólogos de la

Provincia de Buenos Aires

S / D

 El que suscribe la presente, ***(su nombre completo tal cual figura en su DNI)***, documento ***(colocar aquí el nro de DNI)***, con domicilio real en la calle ***(coloque aquí nombre de la calle, número, dpto., etc.)***, de la localidad de ***(coloque aquí la localidad)***, y partido de***(coloque aquí el partido)***, Provincia de Buenos Aires, en mi carácter de profesional de la kinesiología matriculado en el Colegio de Kinesiólogos de la Provincia de Buenos Aires bajo el número ***(coloque aquí su número de matrícula profesional otorgada por CoKiBA)***, tiene el agrado de dirigirse a usted con el objeto de solicitar que, en los términos del Decreto Provincial 3091/97, se proceda a la Ampliación de mi establecimiento de Kinesiología*,* ubicado en la calle ***(especifique aquí calle, número donde se encuentra ubicado)****,* de la localidad de ***(especifique aquí localidad)****,* partido de ***(especifique aquí partido)***, de la Provincia de Buenos Aires. Habilitado segun (exp. Nº.........) y Bajo Resolucion ministerial Nº..............

 A tales efectos y cumpliendo con la normativa citada, destaco:

* ***(Especifique aquí si el lugar posee algún nombre. Tipo de establecimiento –consultorio, gabinete o establecimiento- y detalle actividad que desarrollará –ejemplo: KINESIS. Es un consultorio de Kinesiología orientado a la reeducación postural-)***. Se trata de la Ampliacion de ***(especifique aquí la cantidad de consultorios kinésicos, cantidad de boxes, sala de espera, baño y si posee área de rehabilitación, etc.)*** dónde se desarrollarán las actividades de la kinesiología comprendidas en el artículo 14 de la Ley 10392.
* Que el domicilio real se fija en la calle ***(colocar aquí la calle del consultorio)***, de la localidad de ***(localidad del consultorio)***, partido de ***(partido del consultorio)***, de la Provincia de Buenos Aires cuyo teléfono de referencia para realizar la inspección es ***(coloque aquí un teléfono celular de contacto)***, y el correo electrónico es ***(coloque aquí un email de contacto)***.
* Que la responsabilidad correrá por cuenta del profesional de la kinesiología ***(colocar apellido y nombre completo del profesional responsable o director técnico del establecimiento),*** CUIT nro. ***(colocar aquí nro. CUIT del profesional)***, matrícula provincial n° **(colocar aquí nro. de M.P. otorgada por COKIBA)**, Tomo **(nro. de tomo que figura en la M.P.)**, Folio **(nro. de folio que figura en la M.P.)**, otorgada con fecha ***(fecha que fue otorgada la MP)***, circunstancia ésta que se acredita con certificación del Colegio de Kinesiólogos de la Provincia de Buenos Aires, y como corresponsable ***(sólo enunciarlo si existe, en caso contrario borrar el párrafo siguiente)*** el profesional de la kinesiología ***(colocar apellido y nombre completo de coresponsable)***, CUIT nro. ***(colocar aquí nro. de CUIT de corresponsable)***, matrícula provincial n° ***(colocar aquí nro. M.P. de corresponsable)***, Tomo ***(nro. de Tomo)***, Folio ***(nro. de Folio)***, otorgada en fecha ***(fecha que fue otorgada la M.P.)***, lo que también se acredita con el certificado pertinente expedido por la entidad que gobierna la matrícula profesional.
* Asimismo destaco que en el referido Establecimiento se desempeñarán, además de los nombrados los siguientes profesionales de la kinesiología: ***(transcribir aquí la nómina completa del Staff de profesionales, con nro. de M.P. y nro. de CUIT –en caso de no haber Staff este Item se borra-****)* cuyos títulos profesionales en copia autenticada acompaño, conjuntamente con la certificación matricular pertinente.
* Que adjunto copia de la actualizacion del plano de planta física con discriminación de los locales que se afectan a la actividad profesional, copia autenticada del plano municipal aprobado y memoria descriptiva de los mismos locales.

 A los efectos de la realización del trámite administrativo que se inicia, deberá el Señor Director de Fiscalización Sanitaria, tener presente que autorizo en forma expresa al Colegio de Kinesiólogos de la Provincia de Buenos Aires (en la persona que esta Entidad designe) a realizar el trámite de ampliacion de la habilitacion vigente, en su totalidad, dejando constancia por otra parte, que he abonado la tasa de ampliacion sanitaria y la correspondiente a la inspección, tal como lo acreditan las boletas que adjunto acompaño.

 Saluda a usted atentamente.

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Firma y aclaración