**NOTIFICACIÓN SOBRE PERMISO DE FUNCIONAMIENTO VIGENTE, CONFORME AL ACUERDO MINISTERIAL NRO. 00000079**

……………………….................................

*(Ciudad, día / mes / año de la notificación)*

Señor(a)

…………………………………………………………………………

(Nombre y Apellido del Director/a Zonal)

Presente.-

Yo…………………………………………………………………………………………con número de cédula…………………………………….. Representante Legal y/o Representante Técnico *(marcar según corresponda)* del Establecimiento de Salud: ………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………con número de R.UC…………………………ubicado en ……………………………………………………………………… …………………………………………………solicito muy comedidamente a usted, se realice la siguiente petición:

*(dirección exacta)*

(*provincia/cantón)*

 Cancelación de Solicitud *(colocar número de solicitud a cancelar)*

 Anulación de unicódigo

 Modificación de Tipología

 Cierre de Establecimiento *(adjuntar copia del S.R.I)*

Motivo *(sr/a usuario por favor detallar el motivo de la solicitud):*

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**Nota:** El representante legal y/o técnico del Establecimiento enviará:

1. Carta de autorización emitido por el Representante Legal y/o Técnico.
2. Copia de cédula del Representante Legal.
3. Copia de Cédula de la persona autorizada a realizar el trámite.