



**Colegio de Terapistas Ocupacionales**  
2da Circunscripción de la Provincia de Santa Fe

---

**Solicitud de Habilitación de Consultorio**

**Ley 9847 y Modificatorias Ley 10169**

**1- Datos del solicitante**

Nombre y apellido.....

Mat..... DNI..... Mail.....

Tel .....

**2- Datos del consultorio**

Domicilio..... N° ..... Piso..... Depto.....

Ciudad ..... Código postal.....

Tel.....

¿asiste a personas con movilidad reducida?.....

**3- Disciplinas de la Salud**

	Cant.		Cant.
Terapista Ocupacional		Kinesiólogo	
Psicólogo		Psicopedagogo	
Fonoaudiólogo		Otros	

**4- Datos de los profesionales que integran el consultorio**

Apellido y Nombre	Teléfono	Mat	DNI	Firma

En caso de profesionales que NO sean terapistas ocupacionales adjuntar constancias de matricul

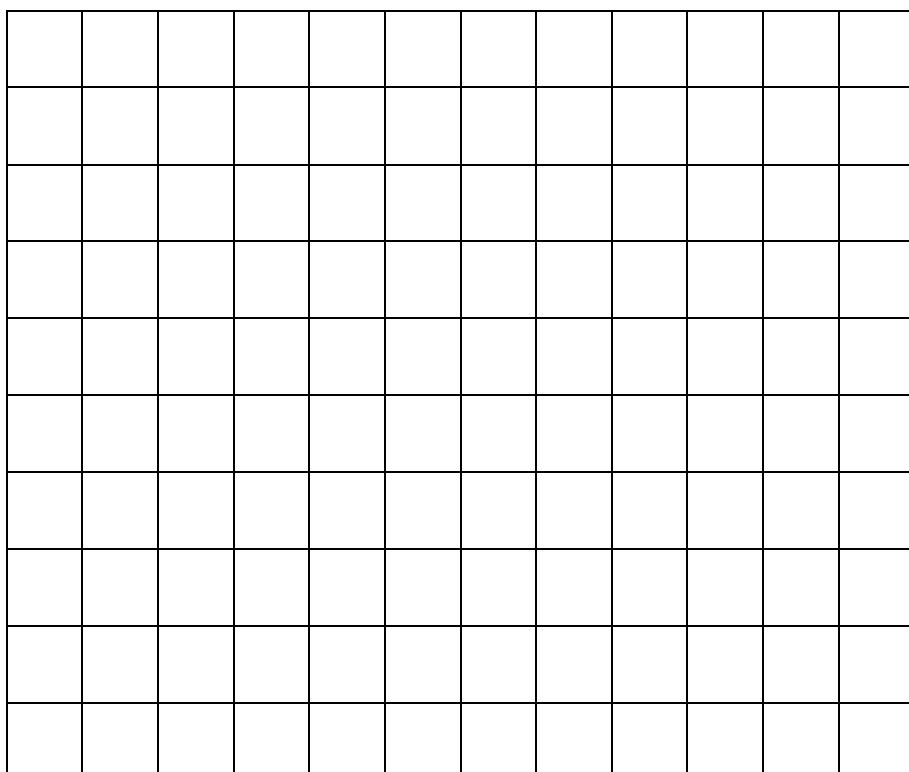


**Colegio de Terapistas Ocupacionales**  
2da Circunscripción de la Provincia de Santa Fe

---

5- Croquis

(12mts. x 10mts.)



Croquis a escala y acotado indicando aberturas de acceso y ventanas

Observaciones.....  
.....  
.....

Los datos contenidos en la presente solicitud tienen carácter de **DECLARACIÓN JURADA**,  
haciéndose responsable de los mismos el Titular del Consultorio, quien firma al pie tomando  
conocimiento de las exigencias establecidas para la Habilitación y Fiscalización de los  
establecimientos de Salud de la Provincia de Santa Fé -Ley 9847 y Ley 10169 y sus Decretos  
Reglamentarios.

Fecha.....

Firma del Profesional Titular