

DECLARACIÓN JURADA TASA POR INSPECCIÓN SANITARIA, HIGIENE, PROFILAXIS Y SEGURIDAD.

SOLICITUD DE:		FECHA
Alta		
Baja		
Modificación/rectificación		

P.U.P.A. ☐Ord. 886 ☐TELÉFONO:

TITULAR:
NOMBRE DE FANTASÍA:
UBICACIÓN LOCAL COMERCIAL: (SI NO POSEE ESPECIFIQUE "SIN LOCAL")

PERSONAL OCUPADO			
C.U.I.T.	REG. I.V.A.	REG. ING. BRUTOS	SI
			NO

DATOS PERSONALES DE LOS RESPONSABLES:

APELLIDO Y NOMBRE	TIPO y Nº DOC.	DOMICILIO PARTICULAR	CARÁCTER

ACTIVIDADES	Inc. O.IA.	
Principal		
Secundaria (1)		
Secundaria (2)		
Secundaria (3)		
Secundaria (4)		
Secundaria (5)		

Estudio Contable:

OBSERVACIONES:

Declaro bajo juramento que los datos consignados en la presente son verdaderos, sin haber omitido ni falseado ninguno de ellos y autorizo a la Municipalidad a realizar las inspecciones que considere necesarias.

Firma

SE OTORGA LEGAJO Nº
(Para Oficina de Rentas)