**DECLARACION JURADA DE GENERACION Y GESTION INTERNA DE RESIDUOS PATOGENICOS Y/O FARMACEUTICOS**

Mendoza, ***SELECCIONE FECHA***

TITULAR:  *NOMBRE Y APELLIDO O RAZON SOCIAL*

EFECTOR:  *NOMBRE DE FANTASIA*

CUIT:  *CUIT*

DOMICILIO:  *DOMICILIO DEL ESTABLECIMIENTO*

DEPARTAMENTO:  *SELECCIONE DEPARTAMENTO*

TELEFONO:  *TELEFONO*  MAIL: *. . . .* @ *. . . .*

DIRECTOR TECNICO:  *NOMBRE Y APELLIDO*

NRO DE GENERADOR:  *NUMERO DE GENERADOR*

ACTIVIDAD:  *DETALLE DE LA ACTIVIDAD QUE DESARROLLA*

|  |
| --- |
| RECURSOS HUMANOS AFECTADOS A RESIDUOS PATOGENICOS Y/O FARMACEUTICOS (Art. 7° Dec.2108/05) |
| APELLIDO Y NOMBRE | DOCUMENTO | CAPACITACION | FIRMA |
|  *NOMBRE*  |  *DOCUMENTO*  |  *CAPACITACION*  |  |
|  *\_ \_ \_*  |  *\_ \_ \_*  |  *\_ \_ \_* |  |
|  *\_ \_ \_*  |  *\_ \_ \_*  |  *\_ \_ \_* |  |

VOLUMEN DE RESIDUOS GENERADOS POR MES:  *KG*  Kg.

FRECUENCIA DE RETIRO DE RESIDUOS DEL ESTABLECIMIENTO:  *FRECUENCIA EN DIAS*  DIAS

***Art. 6° Ley Nº 7168:*** *Todo generador es responsable por los Residuos Patogénicos y/o Farmacéuticos que genera, de todo daño producido por éstos, dentro de su unidad generadora en las etapas de recolección, tratamiento y disposición final o por incumplimiento de la presente Ley y su reglamentación.*

***Declaro dar cumplimiento a lo solicitado en los Art. 34° y 36° del Decreto 2108/05.***

 …………………………...................

DIRECTOR TECNICO Y/O RESPONSABLE DE LA EMPRESA

Firma y aclaración

**DECLARACIÓN JURADA SOBRE EL CUMPLIMIENTO DE LAS DISPOSICIONES VIGENTES EN MATERIA DE Residuos patogénicos y/o farmacéuticos (renovación de la inscripción)**

Mendoza, ***SELECCIONE FECHA***

Quien/es suscribe/n el presente, en nombre y representación de  *NOMBRE DE FANTASIA* , en cumplimiento de la normativa vigente en materia de prevención y control de la generación de residuos patogénicos y/o farmacéuticos, proveniente de  *DESCRIPCION* , informa/n con carácter de DECLARACIÓN JURADA que:

1) conoce, acepta y procede en cumplimiento de la Ley 7168 , la Resolución Ministerial N° 2108/05 y 212/10 y sus normas modificatorias y complementarias

2) no se realizó cambios en el depósito ni en la gestión interna de los residuos patogénicos y/o farmacéuticos generados en el domicilio

 …………………………...................

DIRECTOR TECNICO Y/O RESPONSABLE DE LA EMPRESA

Firma y aclaración