

TASA POR INSPECCIÓN DE SEGURIDAD E HIGIENE INICIO DE ACTIVIDADES



GOBIERNO DE CHACABUCO

N° de HABILITACION	CONTRIBUYENTE N°	COD. DE ACTIVIDAD
--------------------	------------------	-------------------

Apellido y Nombres o Razón Social: _____

DOMICILIO POSTAL Calle: _____ N° _____ Departamento _____ Piso _____ ciudad _____

N° Teléfono: _____ Celular: _____ Email _____

RUBRO: _____

ACTIVIDAD Principal: _____

Ubicación de la Actividad: Domicilio: _____ N° _____ Tel./Cel.: _____ Localidad _____

Partido de Chacabuco, provincia de Buenos Aires

DATOS PERSONALES

Apellido y Nombres	Edad	Nacionalidad	Documento	Apellido y Nombre del Cónyuge

Clase de sociedad: _____

OBSERVACIONES: _____

El que suscribe; _____ en carácter de _____, DECLARO BAJO JURAMENTO que los datos consignados son correctos y completos, y que he confeccionado este formulario sin omitir información alguna.

Firma ológrafa del declarante: _____

Lugar: _____ Fecha: ____/____/____ Aclaración de firma: _____