

TASA POR INSPECCIÓN DE SEGURIDAD E HIGIENE INICIO DE ACTIVIDADES



GOBIERNO DE CHACABUCO

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

Apellido y Nombre o Razón Social: _____

DOMICILIO POSTAL Calle: _____ N° _____ Departamento _____ Piso _____ Localidad _____ C.P. _____

Celular: _____ Teléfono: _____ Correo electrónico / mail: _____ @ _____

UBICACIÓN DE LA ACTIVIDAD - DOMICILIO Calle: _____ N° _____ Tel./Cel.: _____ Localidad _____

Partido: _____ Provincia de: _____

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 ha confeccionado este formulario sin omitir información alguna.

Lugar: _____ Fecha: ____/____/____ Aclaración de firma: _____ Firma del declarante: _____