

# 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 \_\_\_\_\_

Celular: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_ Correo electrónico / mail: \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

**RUBRO / ACTIVIDAD:** \_\_\_\_\_

DOMICILIO Calle: \_\_\_\_\_ 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.

Lugar: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Aclaración de firma: \_\_\_\_\_

Firma del declarante: \_\_\_\_\_