



Municipalidad de  
**CHACABUCCO**

**TASA DE INSPECCIÓN DE SEGURIDAD E HIGIENE  
INICIO DE ACTIVIDADES**

Nº de Habilitación:

Contribuyente Nº:

COD. de Actividad:

Apellido y Nombres o Razón Social: \_\_\_\_\_

DOMICILIO POSTAL Calle: \_\_\_\_\_

Nº \_\_\_\_\_

Departamento: \_\_\_\_\_

Piso: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_

Nº Teléfono: \_\_\_\_\_

Celular: \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_

Rubro: \_\_\_\_\_

Actividad Principal: \_\_\_\_\_

Ubicación de la Actividad - Domicilio: \_\_\_\_\_

Nº: \_\_\_\_\_

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 alguna información alguna.

Lugar: \_\_\_\_\_

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

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

Aclaración de firma: \_\_\_\_\_