Asunción, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 202\_\_

**Señora**

**Dra. Fátima Aquino, Directora**

**Dirección de Salud Bucodental**

**Ministerio de Salud, Pública y Bienestar Social**

**Presente:**

Me dirijo a usted, mediante el presente instrumento, a fin de declarar fehacientemente, cuanto sigue:

MANIFIESTO que tengo pleno conocimiento de los requerimientos para la **HABILITACIÓN** de mi establecimiento bajo el RUBRO de: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, **RAZÓN SOCIAL**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, **RUC N°** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, **RESPONSABLE TÉCNICO** **REG N°** \_\_\_\_\_\_\_ **sito en las calles**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, **de la ciudad de**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Departamento:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Según Resolución **S.G. N° 627 POR LA CUAL SE DISCRIMINAN LOS ACTOS ODONTOLÓGICOS Y SEGÚN RESOLUCIÓN S.G. N° 316/23 POR LO CUAL SE APRUEBA EL CATÁLOGO PARA ESPECIALIDADES CLÍNICAS DE LA CARRERA DE ODONTOLOGÍA,** por el cual se reglamenta el ejercicio de la Odontología en todo el territorio de la República y por este medio declaro que en mi consultorio/clínica odontológica se realizan procedimientos odontológicos como:

**\_\_\_\_\_ODONTOLOGÍA LEGAL ORTODONCIA**

**\_\_\_\_\_PERIODONCIA \_\_\_\_\_PRÓTESIS DENTAL**

\_\_\_\_\_**IMPLANTOLOGÍA ORAL**  **\_\_\_\_\_ENDODONCIA**

**\_\_\_\_\_ODONTOPEDIATRÍA \_\_\_\_\_PATOLOGÍA ORAL**

**OPERATORIA DENTAL**

**\_\_\_\_\_CIRUGÍA Y TRAUMATOLOGÍA BUCOMAXILOFACIAL/ BUCODENTOMAXILAR**

**\_\_\_\_\_NINGUNA**

Todas las actualizaciones que se realicen posteriormente, durante la vigencia del Certificado de Verificación Técnica, ya sea en cuanto a recursos administrativos, técnicos, humanos, físicos y los tipos de procedimientos llevados a cabo en el establecimiento, se harán previa notificación al Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social a través de la Dirección de Salud Bucodental,

Firmo de conformidad:

**Por la presente declaro bajo Fe de Juramento que toda la información precedentemente brindada, así como todas las documentaciones que se adjuntan a la presente solicitud, se ajustan a la verdad, son correctas, legales y completas. Asimismo, que el propietario, representante legal, responsable técnico, gestor, y profesional que firma los planos no se encuentran inhabilitados o en contravención a las prohibiciones establecidas por el Art.60 de la Ley Nº 1626/00 “De la Función Pública.” Esta solicitud y los datos consignados tienen carácter de Declaración Jurada, por lo que, de ser falsos, tengo pleno conocimiento y asumo las consecuencias legales y responsabilidad civil o penal que ello implica. (Art. 243 del Código Penal Paraguayo, pena privativa de libertad de hasta 5 años).**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Representante:** | **Representante:** | **Responsable Técnico:** |
|  |  |  |