

**LISTADO DE VERIFICACIÓN**  
Resol. N°51/10 – Carnicerías “C” –  
Ley Provincial Sanitaria de Carnes N° 11.123

**ESTABLECIMIENTO:**

Nombre de la razón social o persona física .....

CUIT: .....

Actividad habilitada.....

Domicilio del establecimiento Calle: .....N°.....

Localidad: .....Partido.....

Código Postal: ..... TEL/ FAX.....

E-mail:.....

Provincia de Buenos Aires.....

**HABILITACIÓN MUNICIPAL:**

N° de Expediente Municipal.....

**PRODUCTOS QUE ELABORA: ( indicar c/u)**

Denominación:.....Marca: .....

Denominación:.....Marca.....

Denominación..... Marca.....

Denominación..... Marca.....

Denominación.....Marca.....

**DATOS DEL PERSONAL:**

Cantidad: ..... Masculinos..... y..... Femeninos.

**DATOS SOBRE PRODUCCIÓN:**

Productos frescos.....Kg./mes o Año

**I) Requisitos Documentales:**

**II) Condiciones edilicias e higiénico-sanitarias:**

**III) Buenas Prácticas de Manufactura:**

El Funcionario Municipal que suscribe, certifica que se han cumplimentado las exigencias establecidas por la Resolución N° 51/10 en su Anexo I: Guía de Trámites, Régimen de Habilitación, Condiciones edilicias e higiénico-sanitarias y de buenas prácticas de manufactura en el establecimiento solicitante, por tal motivo se eleva la presente Lista de Verificación para la obtención del Certificado de Habilitación Provincial conforme a los establecido por la Ley Provincial Sanitaria de Carnes.

Fecha:

Lugar:

Firma y sello del Funcionario responsable: