**DEJO CONSTANCIA QUE LOS DATOS MANIFESTADOS EN LA PRESENTE DECLARACIÓN JURADA SON REALES, LA OMISIÓN O TERGIVERSACIÓN DE ESTOS LO HARÁN PASIBLE DE LAS SANCIONES ESTATUTARIAS CORRESPONDIENTES.**

LA COMISIÓN DIRECTIVA QUEDA FACULTADA A ORDENAR AUDITORÍA DE CAMPO CON EL FIN DE VERIFICAR LOS DATOS CONSIGNADOS Y CONSIDERA LA PRESENTE DECLARACIÓN JURADA INFORMA-CIÓN CONFIDENCIAL

**PARTE 01 : SOLICITUD**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **TIPO DE TRÁMITE** |  |  |  |

|  |
| --- |
| **TIPO DE LABORATORIO**[[1]](#footnote-1): |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

**PARTE 2: RELEVAMIENTO DE ACTIVIDADES DEL LABORATORIO**

|  |
| --- |
| **DATOS DEL LABORATORIO** |
| **Nombre de fantasía** (Denominación) |  |
| **Vencimiento de habilitación** |  |
| **Dirección** |  | **Localidad** |  |
| **Propietario** |  |
| **Teléfonos de contacto** | **MOVIL** |  | **FIJO** |  |
| Dirección de e-mail |  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ¿Es propietario del laboratorio? |  |  |
| **¿El laboratorio es parte de una Sociedad?** |  |  | ¿Cuál? |       |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **¿Posee equipamiento informático (PC, impresora, escáner, etc)?:** |  |  |
| **Empresa de Residuos Patológicos** |       |
| **Tipo de matafuego disponible en el laboratorio:** |       |

**DECLARO POSEER MANUAL DE BIOSEGURIDAD,**

**EL CUAL SERÁ MOSTRADO AL INSPECTOR AL MOMENTO DE LA VISITA.**

|  |
| --- |
| **DATOS DEL/LOS DIRECTOR/ES TÉCNICO/S (TITULAR/ES)** |
| **Número de Directores técnicos** |  |  |
| **Director Técnico (Titular)** |  | **N° matrícula** |  |
| **Director Técnico (Titular)** |  | **N° matrícula** |  |
| **Director Técnico (Titular)** |  | **N° matrícula** |  |

|  |
| --- |
| **DATOS DEL PERSONAL** |
| **Número de profesionales bioquímicos (staff) [[2]](#footnote-2):**  |  |
| **Número de personas auxiliares:**  |  | Describa aquí las actividades del personal auxiliar: |
|  |

|  |
| --- |
| **HORARIOS DE ATENCIÓN GENERAL AL PÚBLICO** (HORARIO DE APERTURA Y CIERRE) |
|  | **LUNES** | **MARTES** | **MIÉRCOLES** | **JUEVES** | **VIERNES** | **SABADO** | **DOMINGO** |
| **MAÑANA** | **de** |  |  |  |  |  |  |  |
| **hasta** |  |  |  |  |  |  |  |
| **TARDE** | **de** |  |  |  |  |  |  |  |
| **hasta** |  |  |  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| FORMA DE PAGO DEL ARANCEL AL CBSF2 |
|  |  |
|  |  |

**En caso de abonar por CTB adjuntar NOTA DE AUTORIZACIÓN**

|  |
| --- |
| **HORARIOS DE PROFESIONALES BIOQUÍMICOS (STAFF[[3]](#footnote-3))** |
| **APELLIDO, NOMBRE** | **N° MATRÍCULA** |  |  | **LUNES** | **MARTES** | **MIÉRCOLES** | **JUEVES** | **VIERNES** | **SABADO** | **DOMINGO** |
|  |  | **MAÑANA** | **de** |  |  |  |  |  |  |  |
| **hasta** |  |  |  |  |  |  |  |
| **TARDE** | **de** |  |  |  |  |  |  |  |
| **hasta** |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  | **MAÑANA** | **de** |  |  |  |  |  |  |  |
| **hasta** |  |  |  |  |  |  |  |
| **TARDE** | **de** |  |  |  |  |  |  |  |
| **hasta** |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  | **MAÑANA** | **de** |  |  |  |  |  |  |  |
| **hasta** |  |  |  |  |  |  |  |
| **TARDE** | **de** |  |  |  |  |  |  |  |
| **hasta** |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  | **MAÑANA** | **de** |  |  |  |  |  |  |  |
| **hasta** |  |  |  |  |  |  |  |
| **TARDE** | **de** |  |  |  |  |  |  |  |
| **hasta** |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  | **MAÑANA** | **de** |  |  |  |  |  |  |  |
| **hasta** |  |  |  |  |  |  |  |
| **TARDE** | **de** |  |  |  |  |  |  |  |
| **hasta** |  |  |  |  |  |  |  |
| **HORARIOS DE PROFESIONALES BIOQUÍMICOS (STAFF**[[4]](#footnote-4)**)** |
| **APELLIDO, NOMBRE** | **N° MATRÍCULA** |  |  | **LUNES** | **MARTES** | **MIÉRCOLES** | **JUEVES** | **VIERNES** | **SABADO** | **DOMINGO** |
|  |  | **MAÑANA** | **de** |  |  |  |  |  |  |  |
| **hasta** |  |  |  |  |  |  |  |
| **TARDE** | **de** |  |  |  |  |  |  |  |
| **hasta** |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  | **MAÑANA** | **de** |  |  |  |  |  |  |  |
| **hasta** |  |  |  |  |  |  |  |
| **TARDE** | **de** |  |  |  |  |  |  |  |
| **hasta** |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  | **MAÑANA** | **de** |  |  |  |  |  |  |  |
| **hasta** |  |  |  |  |  |  |  |
| **TARDE** | **de** |  |  |  |  |  |  |  |
| **hasta** |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  | **MAÑANA** | **de** |  |  |  |  |  |  |  |
| **hasta** |  |  |  |  |  |  |  |
| **TARDE** | **de** |  |  |  |  |  |  |  |
| **hasta** |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  | **MAÑANA** | **de** |  |  |  |  |  |  |  |
| **hasta** |  |  |  |  |  |  |  |
| **TARDE** | **de** |  |  |  |  |  |  |  |
| **hasta** |  |  |  |  |  |  |  |

**PARTE 3: LISTADO DE EQUIPAMIENTO**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **ID** | **DENOMINACIÓN** | **MARCA** | **Nº DE SERIE** |
| **1** | **BAÑO TERMORREGULADOR** |       |       |
| **2** | **CENTRÍFUGA CON ADAPTADOR Y/O CABEZALES** |       |       |
| **3** | **FOTÓMETRO UV VISIBLE 340 A 700 NM** |       |       |
| **4** | **ESTUFA DE CULTIVO** |       |       |
| **5** | **HELADERA C/FREEZER** |       |       |
| **6** | **HELADERA** |       |       |
| **7** | **FREEZER** |       |       |
| **8** | **MICROSCOPIO BINOCULAR** |       |       |
| **9** |  |       |       |
| **10** |  |       |       |
| **11** |  |       |       |
| **12** |  |       |       |
| **13** |  |       |       |
| **14** |  |       |       |
| **15** |  |       |       |
| **16** |  |       |       |

**DECLARO REALIZAR Y POSEER REGISTROS DE CONTROL DE TEMPERATURA EN HELADERA, FREEZER Y ESTUFA. LOS REGISTROS SERÁN MOSTRADOS AL INSPECTOR AL MOMENTO DE LA VISITA.**

**PARTE 4: LISTADO DE DETERMINACIONES (solo las que realiza en el su laboratorio) [[5]](#footnote-5)**

**DECLARO REALIZAR EN EL LABORATORIO Y POSEER REGISTROS DE CONTROL DE CALIDAD POR NIVEL.**

**LOS REGISTROS SERÁN MOSTRADOS AL INSPECTOR AL MOMENTO DE LA VISITA.**

|  |  |
| --- | --- |
| **HEMATOLOGÍA** | **QUÍMICA CLÍNICA** |
|       |       |       |       |       |       |       |       |
|       |       |       |       |       |       |       |       |
|       |       |       |       |       |       |       |       |
|       |       |       |       |       |       |       |       |
|       |       |       |       |       |       |       |       |
| **ORINA** | **MATERIA FECAL** |
|       |       |       |       |       |       |       |       |
|       |       |       |       |       |       |       |       |
|       |       |       |       |       |       |       |       |
| **MICROBIOLOGÍA** | **SEROLOGÍA** |
|       |       |       |       |       |       |       |       |
|       |       |       |       |       |       |       |       |
|       |       |       |       |       |       |       |       |
|       |       |       |       |       |       |       |       |

|  |  |
| --- | --- |
| **ENDOCRINOLOGÍA** | **TEST RÁPIDOS** |
|       |       |       |       |       |       |       |       |
|       |       |       |       |       |       |       |       |
|       |       |       |       |       |       |       |       |
|       |       |       |       |       |       |       |       |
|       |       |       |       |       |       |       |       |
| **TÉCNICAS MANUALES** | **OTROS** |
|       |       |       |       |       |       |       |       |
|       |       |       |       |       |       |       |       |
|       |       |       |       |       |       |       |       |
|       |       |       |       |       |       |       |       |
|       |       |       |       |       |       |       |       |

*Cliquee e inserte imagen*



Firma y sello del Director Técnico 2

*Cliquee e inserte imagen*



Firma y sello del Director Técnico 3

*Cliquee e inserte imagen*



Firma y sello del Director Técnico 1

1. ***El LABORATORIO NO CLÍNICO comprende a aquellos detallados en la Resolución de Decanato N° 01/2019.*** [↑](#footnote-ref-1)
2. NO incluye al Director Técnico. [↑](#footnote-ref-2)
3. NO incluye al Director Técnico. NO incluye al personal técnico. [↑](#footnote-ref-3)
4. NO incluye al Director Técnico. NO incluye al personal técnico. [↑](#footnote-ref-4)
5. **Resolución de Decanato Nº2/2019.** [↑](#footnote-ref-5)