

Sr. Secretario de Producción, Comercio y Ambiente:

Por medio de la presente solicito a usted, la presente solicitud de consulta de:

Marque la opción correcta.

HABILITACIÓN ANEXO DE RUBRO ANEXO DE LOCAL AMPLIACIÓN DE LOCAL **› Datos de la firma**

Razón Social:

Cuit:

Titular:

Apoderado:

Celular:

Mail:

› Dirección del establecimiento

Calle:

Número:

Nomenclatura:

CIR

SEC

FR

MAN

PAR

SPAR

UF

› Superficie de ocupación (en metros cuadrados)

Terreno total:

Libre:

Afectada a la producción:

Plano de obra aprobado:

SI NO

Exp:

› Datos de la actividad a desarrollar

Rubro:

Estimativo de producción mensual:

Exporta:

SI NO

Países:

Depósito:

SI NO

Indique que producto:

› Personal en relación de dependencia

Cantidad:

Horarios:

› Instalaciones

EQUIPOS	APLICA		CANTIDAD	PUNTAJE (no completar)
Motores	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>		
Máquinas	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>		
Equipos sometidos a presión	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>		
Tanques	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>		
Cisternas	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>		
Otras	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>		

Potencia a instalar: (en HP o KW, indicar cual)

› Residuos - Efluentes - Sustancias peligrosas

Residuos sólidos, líquidos y/o semisólidos

No genera	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Genera residuos NO especiales en el proceso industrial	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Genera residuos especiales en el proceso industrial	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Genera solo asimilables a domiciliarios	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>

Efluentes líquidos

No genera	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Genera efluentes líquidos a temperatura ambiente o con carga térmica y/o con necesidad de tratamiento primario	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Genera efluentes líquidos con necesidad de tratamiento primario, secundario o primario, secundario y terciario	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>

Emisiones gaseosas

No genera	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Genera gases de combustión de gas natural y/o hidrocarburos líquidos y/o vapor de agua	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Genera emisiones con componentes distintos a los anteriores y/o particulado	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>

Sustancias Peligrosas

No manipula sustancias o mercancías peligrosas	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Manipula sustancias o mercancías peligrosas sólo en actividades de mantenimiento, intendencia, control de calidad u otras actividades auxiliares	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Manipula sustancias o mercancías que están incluidas en el listado (*) como parte del proceso productivo	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>

› Riesgos asociados a la actividad

Incendio	PRESENTA RIESGO	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	PUNTAJE (no completar)	
----------	-----------------	-----------------------------	-----------------------------	------------------------	--

Marque con una cruz la opción de acuerdo al estudio de carga de fuego:

INFLAMABLE <input type="checkbox"/>	MUY INFLAMABLE <input type="checkbox"/>	COMBUSTIBLE <input type="checkbox"/>	INCOMBUSTIBLE <input type="checkbox"/>
-------------------------------------	---	--------------------------------------	--

Acústico	PRESENTA RIESGO	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	PUNTAJE (no completar)	
Químico	PRESENTA RIESGO	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	PUNTAJE (no completar)	
Explosión	PRESENTA RIESGO	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	PUNTAJE (no completar)	

› Movimiento vehicular

GENERA MOVIMIENTO	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	TIPO DE VEHÍCULO	CANTIDAD	PESO	MEDIDAS
PUNTAJE (no completar)			Utilitario			
			Semiremolque			
			Camión			
			Camioneta			

Frecuencia:	LUN <input type="checkbox"/>	MAR <input type="checkbox"/>	MIE <input type="checkbox"/>	JUE <input type="checkbox"/>	VIE <input type="checkbox"/>	SAB <input type="checkbox"/>	DOM <input type="checkbox"/>
Horarios:							

1- Adjuntar Croquis (INTERNO a escala, de acuerdo al Plano de Obra Civil)

indicando espacio donde realizan las maniobras los camiones u otros vehículos.
Indicar lugar de estacionamiento.

2- Adjuntar Croquis (EXTERNO - imagen de Google maps)

indicando las vías de acceso y salida de los camiones u otros vehículos al establecimiento y su vinculación con otras vías donde el tránsito pesado es general para todo tipo de cargas.
Marcar el recorrido habitual de los vehículos por la zona.

Manifiesto en carácter de declaración jurada, que los datos consignados son verdaderos y que formalizo la presente solicitud de consulta de habilitación, en conocimiento de los requisitos básicos en materia de seguridad e higiene que deben reunir el establecimientos propuesto para el desarrollo de la actividad que declaro.	Firma	
	Aclaración	
	DNI	

› Análisis de información (No completar)

CLASIFICACIÓN DE DEPÓSITO	CLASIFICACIÓN DE INDUSTRIA	CLASIFICACIÓN DE PRESTADOR DE SERVICIO
1ª Categoría (= < 20)	Simulación Nca	
2ª Categoría (> 21 = < 25)	1ª Categoría	
3ª Categoría (>= 26)	2ª Categoría	
RU	SUP	Firma del funcionario
RI	MV	
MA	LO	
NC		