

B) Datos de las Personas Integrantes de la Empresa

Se debe explicitar los siguientes datos de todas las personas integrantes de la empresa:

Persona 1:

Nombres	Apellidos:
Documento de Identidad:	
TIPO: CI ☐ PAS ☐ OTRO: _____ N° _____	
Nacionalidad: _____	
¿Es propietaria de la Empresa? SI ☐ NO ☐ ¿Está autorizada a firmar? SI ☐ NO ☐	
Otros Datos	
Profesión: _____	
Fecha de Nacimiento: __/__/____	
Domicilio: _____	
Teléfono: _____	
Correo Electrónico: _____	

Persona 2:

Nombres	Apellidos:
Documento de Identidad:	
TIPO: CI ☐ PAS ☐ OTRO: _____ N° _____	
Nacionalidad: _____	
¿Es propietaria de la Empresa? SI ☐ NO ☐ ¿Está autorizada a firmar? SI ☐ NO ☐	
Otros Datos	
Profesión: _____	
Fecha de Nacimiento: __/__/____	
Domicilio: _____	
Teléfono: _____	
Correo Electrónico: _____	

Persona 3:

Nombres Apellidos:

Documento de Identidad:

TIPO: CI ☐ PAS ☐ OTRO: _____ N° _____

Nacionalidad: _____

¿Es propietaria de la Empresa? SI ☐ NO ☐ ¿Está autorizada a firmar? SI ☐ NO ☐

Otros Datos

Profesión: _____

Fecha de Nacimiento: __/__/____

Domicilio: _____

Teléfono: _____

Correo Electrónico: _____

Persona 4:

Nombres Apellidos:

Documento de Identidad:

TIPO: CI ☐ PAS ☐ OTRO: _____ N° _____

Nacionalidad: _____

¿Es propietaria de la Empresa? SI ☐ NO ☐ ¿Está autorizada a firmar? SI ☐ NO ☐

Otros Datos

Profesión: _____

Fecha de Nacimiento: __/__/____

Domicilio: _____

Teléfono: _____

Correo Electrónico: _____

C) Datos Generales del Número de DicoSe

En caso de ya poseer número de DICOSE:

U								
---	--	--	--	--	--	--	--	--

Departamento:

Seccional Policial*:

Especialización:

Coordenadas de su establecimiento*:

X _____

Y _____

Datos del usuario del DICOSE ante el SMA

Nombre/s y Apellido/s:

Correo Electrónico:

Celular:

Datos de la Persona de Contacto del DICOSE

Nombre/s y Apellido/s:

Teléfono:

** Dato prescindible*

D) Datos de Ubicación de las Instalaciones

Calle/ Ruta/ Camino: _____

Nº de puerta o Km.: _____

Localidad: _____

Padrones ocupados:

Departamento	Número de Padrón

E) Habilitación de las Instalaciones

Fecha de habilitación otorgada por la División de Sanidad Animal: ____/____/____

Última refrendación otorgada por veterinario de libre ejercicio (VLE)

Fecha: ____/____/____

Nombre/s y Apellido/s del VLE: _____

Nº de registro en MGAP del VLE: _____

Veterinario (VLE) de la Granja

Nombre/s y Apellido/s del VLE: _____

Nº de registro en MGAP del VLE: _____

F) Características de las Instalaciones

Para Incubaduría

Capacidad total de incubación: _____
Promedio de incubación semanal: _____
Nº de incubadoras: _____
Nº de hacedoras: _____

Para Granja de Reproducción, de Postura o de Engorde

Cantidad de galpones: _____
Capacidad total de aves: _____

¿Tiene Aves en Jaula?: Sí ☐ No ☐
(En caso de sí) m² en Jaula: _____

¿Tiene Aves en Piso?: Sí ☐ No ☐
(En caso de sí) m² en Piso: _____