

Número de expediente: _____

DECLARACIÓN JURADA DE MODIFICACIÓN DE LICENCIA SANITARIA DE ESTABLECIMIENTO.

Yo, _____, mayor de edad, hondureño y de este domicilio (cuando aplique, si es extranjero indique); actuando en mi condición personal Representante legal de la Empresa mercantil denominada _____ DECLARO bajo juramento lo siguiente: Que mi representada, tiene intención de tramitar la siguiente modificación _____, de la licencia sanitaria sobre con las siguientes características:

Datos de la Empresa:

Nombre de la empresa
Número de Tarjeta de Identidad o RTN
Dirección
Teléfono
Correo electrónico
Nombre del Apoderado legal (cuando aplique)
Número de teléfono y correo electrónico del apoderado legal
No. del documento de identificación o colegiación

Datos de la Licencia Sanitaria

Nombre del establecimiento
Actividad o actividades a las que se va a dedicar
Tipo de producto
Dirección
Teléfono
Correo electrónico
Número de Licencia Sanitaria
Vigencia de Licencia Sanitaria
Descripción de la modificación solicitada

Son verdaderos.

Declaro que la información brindada, y la documentación anexada al expediente de solicitud de modificación de licencia sanitaria cumple con lo establecido en los Reglamentos Técnicos Centroamericanos (RTCA) y demás normativa aplicable. De igual manera es mi responsabilidad cumplir con la normativa establecida y requerida por la Agencia de Regulación Sanitaria para la regulación de los establecimientos sujetos a licencia sanitaria. En caso de no cumplir con la normativa, y mi establecimiento provoca un daño o perjuicio a terceros, conozco la responsabilidad administrativa, civil y/o penal

con la que responderé. También declaro que la información y documentos entregados son fidedignos, y en el supuesto que sea incorrecta, incompleta o falsa, responderé en mi condición de propietario o representante legal. Y que conozco la pena por FALSO TESTIMONIO.

Para los efectos oportunos extendiendo la presente Declaración Jurada, a los ____ (__) días del mes de _____ de dos mil _____ (201____).

Firma del representante legal: _____

Lugar y Fecha: _____