



OFICINA DE HABILITACIONES

FORMULARIO PERMISO PARA EVENTOS

NO TACHAR – NO ENMENDAR – NO DOBLAR

LA SIGUIENTE INFORMACIÓN REVISTE CARÁCTER DE DECLARACIÓN JURADA

| DATOS DEL SOLICITANTE | |
|----------------------------------|--|
| APELLIDO Y NOMBRE O RAZÓN SOCIAL | |
| DNI N° | |
| CUIL N° / CUIT N° | |
| DOMICILIO PARTICULAR / LOCALIDAD | |
| CORREO ELECTRÓNICO | |
| TELÉF. PARTICULAR / COMERCIAL | |

| DATOS DEL LUGAR DEL EVENTO | |
|---------------------------------|--|
| INSTITUCIÓN | |
| DIRECCIÓN | |
| TITULAR O RESPONSABLE DEL LUGAR | |
| TELÉFONO | |
| CORREO ELECTRÓNICO | |

OBSERVACIÓN: EL LUGAR DONDE SE REALICE EL EVENTO, DEBE ESTAR HABILITADO EN LA MUNICIPALIDAD DE CAPITÁN BERMÚDEZ.

| DATOS DEL EVENTO A DESARROLLAR | | | |
|---|----|----|--|
| DÍA | | | |
| HORA | | | |
| TIPO DE EVENTO | | | |
| CANTIDAD APROXIMADA DE PERSONAS QUE ASISTIRÁN | | | |
| REALIZA VENTA DE ENTRADAS | SI | NO | |
| DISPODRÁ DE SERVICIO DE BUFFET | SI | NO | |

| OBSERVACIONES |
|---------------|
|---------------|

.....
.....

DOCUMENTACIÓN A ADJUNTAR

TODAS LAS COPIAS DEBEN SER AUTENTIFICADAS POR ESCRIBANO, PODER JUDICIAL O EXHIBIR LA DOCUMENTACIÓN ORIGINAL CORRESPONDIENTE AL AGENTE MUNICIPAL RECEPTOR DEL TRÁMITE.

- **FOTOCOPIA D.N.I./LC/LE. DEL SOLICITANTE (AMBAS CARAS)**
- **FOTOCOPIA CONTRATO CON LA INSTITUCIÓN**
- **SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL, ACORDE AL TIPO DE EVENTO**
- **COBERTURA MÉDICA EN PROPORCIÓN A LA CANTIDAD DE ASISTENTES Y SERVICIO TELEFÓNICO**
- **PARA ESPECTÁCULOS MASIVOS (DEPORTIVOS, MUSICALES, RECREATIVOS EN LUGARES ABIERTOS O CERRADOS):**
 1. **SEGURIDAD PRIVADA AL INGRESO DEL LUGAR**
 2. **LOS DÍAS DE ASISTENCIA DEBERÁ PEDIRSE APOYO A TRÁNSITO Y GUARDIA URBANA**
 3. **CONTAR CON DOS O MÁS INSPECTORES, Y DOS POLICIAS ADICIONALES CADA 100 PERSONAS**
 4. **DE NO CONTAR CON SANITARIOS PERMANENTES, DEBERÁN INSTALAR SANITARIOS ECOLÓGICOS PORTÁTILES**
 5. **SI EL PREDIO ES VALLADO, DEBERÁ DISPONER DE SALIDAS DE EMERGENCIAS HABILITADAS POR AUTORIDAD COMPETENTE**
 6. **DOCUMENTACIÓN COMPLEMENTARIA SEGÚN CORRESPONDA: CARNET MANIPULADOR DE ALIMENTOS, CERTIFICADO DE DESINFECCIÓN, LIBRE DE DEUDA**

PARA EL INICIO DEL TRÁMITE DEBERÁ ABONAR UN SELLADO CUYO COSTO SE RIGE POR LA ORDENANZA IMPOSITIVA VIGENTE.

UNA VEZ INICIADO EL TRÁMITE SE OTORGA UNA CONSTANCIA DE INICIO, LA CUAL DEBE SER EXHIBIDA EL DÍA DEL EVENTO.

QUIÉN SUSCRIBE..... DNI/LE/LC N°..... DECLARO BAJO JURAMENTO QUE LOS DATOS CONSIGNADOS SON CORRECTOS, HABIÉNDOLOS COMPLETADO A MI LEAL SABER Y ENTENDER:

.....
FIRMA

.....
ACLARACIÓN

LA FIRMA DEL TITULAR DEBE SER CERTIFICADA ANTE ESCRIBANO, PODER JUDICIAL, ENTIDAD BANCARIA O EN PRESENCIA DEL FUNCIONARIO MUNICIPAL INTERVINIENTE.

CERTIFICO QUE LA FIRMA QUE ANTECEDE FUE PUESTA ANTE MÍ, PREVIA ACREDITACIÓN DE IDENTIDAD CON DNI/LE/LC N°.....

.....
FIRMA FUNCIONARIO MUNICIPAL

CAPITÁN BERMÚDEZ,/...../.....