



INTENDENCIA DE CANELONES

Declaración Jurada

Dirección de Contralor

Formulario de Solicitud de Inscripción y Gestión de Habilitación de Locales Comerciales

EMPRESAS CON ACTIVIDAD COMERCIAL EN EL DPTO DE CANELONES.

Razón Social			
RUT		BPS N°	
Persona	Física <input type="checkbox"/>	Jurídica <input type="checkbox"/>	Correo <input type="text"/> @ <input type="text"/>
Dirección			
Localidad		Departamento	
Giro comercial			
Importa	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Distribución Propia Si <input type="checkbox"/>
			No <input type="checkbox"/>
			Distribución Tercerizada Si <input type="checkbox"/>
			No <input type="checkbox"/>
Vehículos reparto o distribución PROPIA (Matriculas)			
RUT emp. distribución tercerizada		Registro Bromat.	
Teléfono fijo		Celular	

Quando se produzca el cese, clausura, disolución, enajenación o transformación de la empresa contribuyente, ésta deberá comunicar dicha situación, en un plazo no mayor a diez días hábiles a División Registros Bromatológicos, En caso en que se incumpla con la comunicación, se aplicará una multa equivalente al 10% del valor de la habilitación según la categorización del local.

CAMPO PARA ESTABLECIMIENTOS EMPLAZADOS EN EL DPTO DE CANELONES

Local con frente a calle			
Entre calles			
Puerta N°		Padrón/es	
		Manzana	
		Solar	
UPH		Local N°	
		Zona Urbana	<input type="checkbox"/>
		Sub Urbana	<input type="checkbox"/>
		Rural	<input type="checkbox"/>
Carácter ocupacional Propietario	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Arrendatario Si <input type="checkbox"/>
			No <input type="checkbox"/>
			Comodato Si <input type="checkbox"/>
			No <input type="checkbox"/>
Ciudad / Localidad			Secc. Judicial
Superficie del padrón en m2		Superficie destinada a la actividad en m2 *	
Giro comercial			
Distribuye	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Distribución Propia Si <input type="checkbox"/>
			No <input type="checkbox"/>
			Distribución tercerizada Si <input type="checkbox"/>
			No <input type="checkbox"/>
Teléfono		Nombre fantasía	
El local realiza la venta del o de los productos al consumidor final.			Si <input type="checkbox"/>
			No <input type="checkbox"/>

*debe incluir siempre las instalaciones, zonas de carga, de almacenamiento, de circulación y sistemas de tratamiento de efluentes.

Representante según documentación acreditante.

Señor/a		C.I.	
Ejerce la representación en calidad de			
Teléfono		Correo	
		@	

Solicita

Inscripción Bromatológica	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	
Habilitación Bromatológica 1a vez	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Renovación de habilitación Si <input type="checkbox"/>
			No <input type="checkbox"/>
			EE <input type="text"/>
CE.CO.H.A	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Expediente <input type="text"/>

El presente formulario tiene carácter de Declaración Jurada quedando comprendido en los artículos N° 239, N° 240 y N° 242 del Código Penal
 -Artículo del Código Penal N° 239 "El que, con motivo del otorgamiento o formalización de un documento público, ante un funcionario público, prestare una declaración falsa sobre su identidad o estado, o cualquiera otra circunstancia de hecho, será castigado con tres a veinticuatro meses de prisión".
 -Artículo del Código Penal N° 240 El que hiciere un documento privado falso, o alterare uno verdadero, será castigado, cuando hiciere uso de él, con doce meses de prisión a cinco años de penitenciaría".
 -Artículo del Código Penal N°242 "El que hiciere un documento falso en todo o en parte, o alterare uno verdadero de la naturaleza de los descritos en el artículo precedente, será castigado con la pena de tres a dieciocho meses de prisión".

Fecha Firma y aclaración

A completar por Oficina Bromatologica

Categoría Bromatológica	I <input type="checkbox"/>	II <input type="checkbox"/>	III <input type="checkbox"/>	IV <input type="checkbox"/>	Recibo pago N°	
Categoría Ce.Co.H.A	I <input type="checkbox"/>	II <input type="checkbox"/>	III <input type="checkbox"/>	IV <input type="checkbox"/>	Recibo pago N°	
Convenio	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	N°			

Timbre Profesional