



MUNICIPALIDAD DE LA CRUZ
DEPARTAMENTO DE PATENTES
CANTON DE LOS PETROGLIFOS



Correo electrónico: ronald.hernandez@munilacruz.go.cr

Telf. 2690-5728

**FORUMULARIO PARA APERTURA DE EMPRESAS PARA ACTIVIDADES DE ALGO
RIESGO**

Fecha de recibido: _____

A. Datos del Solicitante o Representante Legal

- 1) Nombre del solicitante: _____
- 2) Cédula de identidad / residencia / jurídica: _____
- 3) Ubicación: Provincia: GUANACASTE Cantón: LA CRUZ Distrito: _____
- Barrio: _____
- 4) Dirección exacta: _____
- 5) Teléfono Domicilio: _____ 6) Fax: _____ 7) Celular: _____
- 8) Correo electrónico: _____
- 9) Medio de notificación: _____

B. Datos del Propietario del Local o Establecimiento

- 10) Nombre del propietario: _____
- 11) Nombre del Representante Legal: _____
- 12) Cédula de identidad: _____ 13) Cédula Jurídica: _____
- 14) Teléfono Domicilio: _____ 15) Fax: _____ 16) Celular: _____
- 17) Correo electrónico: _____
- 18) Medio para recibir notificaciones: _____
- 19) Firma dueño de la propiedad como autorización para realizar la actividad descrita:



MUNICIPALIDAD DE LA CRUZ
DEPARTAMENTO DE PATENTES
CANTON DE LOS PETROGLIFOS



Correo electrónico: ronald.hernandez@munilacruz.go.cr

Telf. 2690-5728

DECLARACIÓN JURADA PARA TRÁMITES DE SOLICITUD DE LICENCIA COMERCIAL

Yo: _____, en mi condición de Persona física () o de representante Legal de la persona Jurídica () denominada _____ solicito sea otorgado el permiso que señala la Ley General de Salud () o Certificado Veterinario de Operación requerido en la Ley General del Servicio Nacional de Salud Animal (), a mi representada, para lo cual declaro bajo fe de juramento y que de no decir la verdad incurro en perjurio sancionado con pena de prisión según el Código Penal y consciente de la importancia de lo aquí anotado, lo siguiente:

Primero: Que conozco la legislación aplicable a la actividad señalada en el presente formulario único que se realizará en el establecimiento indicado y que éste cumple con toda la normativa establecida para el caso en concreto.

Segundo.—Que la información que contiene el formulario unificado es verdadera.

Tercero.—Que en cumplimiento de lo establecido en los artículos 44, 74 y 74 bis de la Ley Constitutiva de la Caja Costarricense de Seguro Social y el artículo 66 del Reglamento del Seguro Social, me comprometo a la inscripción como patrono, trabajador independiente o en ambas modalidades dentro de los ocho días siguientes al inicio de la actividad. Asimismo declaro estar al día en el pago de mis obligaciones con esa institución.

Cuarto. —Que cumplo con lo establecido en la Ley N° 9028 del 22 de marzo de 2012 "Ley General de Control de Tabaco y sus Efectos Nocivos a la Salud" y sus reglamentos (así adicionado el punto "tercer bis" anterior por el inciso a) del artículo 61 del Reglamento a la Ley General de Control de Tabaco y sus Efectos Nocivos en la Salud, aprobado mediante el decreto ejecutivo N° 37185-S de 26 de junio de 2012), y sus reformas.

Quinto.—Asimismo, me comprometo a mantener las condiciones debidas por el tiempo de vigencia del permiso y cumplir con los términos de la normativa antes indicada y el Decreto Ejecutivo N. 34859-MAG, "Reglamento General para el Otorgamiento del Certificado Veterinario de Operación", por ser requisito indispensable para la operación de mi establecimiento, de igual forma me comprometo que todos los servicios brindados y los productos, equipos y materiales que se comercialicen o utilicen dentro del establecimiento que represento, cuando proceda, estarán debidamente autorizados por el Ministerio de Salud y a no ampliar o cambiar de actividad sin la autorización previa de este Ministerio o SENASA.

Sexto. —Que el establecimiento reúne los requisitos y condiciones físicas y sanitarias exigidas para su funcionamiento.

Séptimo. —Por lo anterior, quedo apercibido de las consecuencias legales y judiciales, con que la legislación castiga los delitos de perjurio y falso testimonio. Asimismo, exonero de toda responsabilidad a las autoridades del Ministerio de Salud o del Servicio Nacional de Salud Animal por el otorgamiento del PSF o CVO con base en lo declarado bajo fe de juramento en la presente declaración, y soy conocedor de que si la autoridad de Salud o SENASA llegase a corroborar alguna falsedad en la presente declaración, errores u omisiones en los documentos aportados, o que los servicios prestados y/o los productos comercializados dentro de mi establecimiento no cuentan con la debida autorización sanitaria, suspenderá o cancelará el PSF o CVO. Es todo.



MUNICIPALIDAD DE LA CRUZ
DEPARTAMENTO DE PATENTES
CANTON DE LOS PETROGLIFOS



Correo electrónico: ronald.hernandez@munilacruz.go.cr

Telf. 2690-5728

Firmo en LA CRUZ, a las _____ horas, del día _____ del mes de _____ del año 20_____.

Firma: _____

Autorización a terceros: Si el trámite es realizado por un tercero, debe adjuntar copia de la cédula de identidad certificada del titular, acompañada de la respectiva autorización.

		Revisión interna (usuario no debe presentarlos pero sí cumplirlos)
		Que el solicitante se encuentre al día en los pagos correspondientes a la Caja Costarricense de Seguro Social y FODESAF.
		Que el solicitante, así como el dueño del inmueble donde se va a desarrollar la actividad, estén al día en el pago de impuestos y servicios (tasas o multas) municipales.

Nombre de funcionario que recibe solicitud: _____

Fecha: _____