**NOTA DE INSCRIPCION – PROFESIONALES EMPRESAS**

**FECHA:**

Sres. Registro Provincial de Generadores, Transportistas y

Operadores de Residuos Peligrosos

1.- Por medio de la presente, solicito la **INSCRIPCION** en el Registro Provincial de Profesionales en Estudios Ambientales, establecido por la Ley Nº 2.567 y su Dec. Reglamentario 712/02, conforme la información que a continuación se detalla.

|  |  |
| --- | --- |
| **RAZON SOCIAL** |  |
| **Nº de CUIT/L** |  |

2.- A los efectos correspondientes, **DECLARAMOS BAJO JURAMENTO QUE LA INFORMACION Y LOS DATOS MANIFESTADOS EN LA PRESENTE SON VERACES Y SE AJUSTAN A LA LEGISLACION VIGENTE EN LA MATERIA.**

3.- Se adjunta a la presente:

|  |
| --- |
| Cantidad de Fojas |
| 3.1. **Pago** de Tasa Ambiental Anual | SI |  | NO |  |  |
| 3.2. **Formulario** de Inscripción Profesionales Empresas | SI |  | NO |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **REPRESENTANTE TÉCNICO**  (firma – aclaración – DNI) |  |
| **APODERADO / REPRESENTANTE LEGAL**  (firma – aclaración – DNI) |  |
| **VISADO POR LA SMA**  (firma – aclaración – DNI – fecha) |  |

**INSCRIPCION / PROFESIONALES EMPRESAS**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **2.1. Datos de la Empresa** | | | | |
| N ° C.U.I.T./L. |  | | | |
| Razón Social |  | | | |
| **2.2. Domicilio Denunciado** | | | | |
| Calle y Número. |  | | | |
| Piso. |  | | | |
| Oficina. |  | | | |
| Localidad y Código Postal. |  | | | |
| Provincia. |  | | | |
| Teléfonos y fax. |  | | | |
| E-Mail |  | | | |
| **2.3. Datos del Responsable Técnico** | | | | |
| CUIT/L N º |  | | | |
| Apellido y Nombre |  | | | |
| Documento de Identidad (Tipo y N º) |  | | | |
| Nacionalidad |  | | | |
| **2.3.1. Domicilio Denunciado** | | | | |
| Calle y Número. |  | | | |
| Piso. |  | | | |
| Oficina. |  | | | |
| Localidad y Código Postal. |  | | | |
| Provincia. |  | | | |
| Teléfonos y fax. |  | | | |
| E-Mail |  | | | |
| **2.4. Datos del Responsable Legal** | | | | |
| CUIT/L N º |  | | | |
| Apellido y Nombre |  | | | |
| Documento de Identidad (Tipo y N º) |  | | | |
| Nacionalidad |  | | | |
| Poder en original, o copia debidamente certificado por autoridad competente. De presentar un poder de un escribano de otra jurisdicción realizar el trámite correspondiente ante el Colegio de Escribanos de la Provincia de Santa Cruz. |  | | | |
| **2.4.1. Domicilio Denunciado** | | | | |
| Calle y Número. |  | | | |
| Piso. |  | | | |
| Oficina. |  | | | |
| Localidad y Código Postal. |  | | | |
| Provincia. |  | | | |
| Teléfonos y fax. |  | | | |
| E-Mail |  | | | |
| Cargo que Ocupa |  | | | |
| **2.5. Nomina de Directores** |  | | | |
| Apellido y Nombre |  | | | |
| Cargo |  | | | |
| Documento de Identidad (Tipo y N º) |  | | | |
| CUIT/L N º |  | | | |
| **2.6. Áreas de Auditoria para las que se Propone** | **Marque con una X lo que corresponda** | | | |
| Área de Auditoría Contable | **SI** |  | **NO** |  |
| Área de Auditoría Técnica | **SI** |  | **NO** |  |
| Área de Auditoría Legal | **SI** |  | **NO** |  |
| Tipo Integral | **SI** |  | **NO** |  |
| Tipo Parcial | **SI** |  | **NO** |  |
| Aclaraciones de Interés |  | | | |
| **2.7. Nomina de Profesionales Propuestos** |  | | | |
| Apellido y Nombre |  | | | |
| Título |  | | | |
| CUIT/L N º |  | | | |
| **2.8. Documentación que adjunta de la Empresa** | **Marque con una X lo que corresponda** | | | |
| Estatuto o Contrato Social Legalizado | **SI** |  | **NO** |  |
| Actas de Designación de Directores | **SI** |  | **NO** |  |
| Actas de Designación del Responsable Legal | **SI** |  | **NO** |  |
| Fotocopia de Inscripción en CUIT | **SI** |  | **NO** |  |
| **2.8.2. DE CADA UNO DE LOS PROFESIONALES:** | **Marque con una X lo que corresponda** | | | |
| Fotocopia de Inscripción de CUIT/L | **SI** |  | **NO** |  |
| Fotocopia del Documento de Identidad | **SI** |  | **NO** |  |
| Certificado de Antecedentes emitido por el Departamento Judicial de la Policía de la Provincia de Santa Cruz y/o Certificado de Reincidencia emitido por la Policía Federal | **SI** |  | **NO** |  |
| Curriculum Vitae | **SI** |  | **NO** |  |
| Antecedentes Laborales sobre Auditorias debidamente acreditados | **SI** |  | **NO** |  |
| Fotocopia de título legalizada por el Gobierno Nacional y/o Gobiernos provinciales, según corresponda | **SI** |  | **NO** |  |
| Fotocopia Certificada de Matricula Nacional | **SI** |  | **NO** |  |
| Fotocopia Certificada de Matricula Provincial | **SI** |  | **NO** |  |

***La documentación adjunta deberá presentarse en original o copia debidamente certificada y/o legalizada por autoridad competente.***

|  |  |
| --- | --- |
| **REPRESENTANTE TÉCNICO**  (firma – aclaración – DNI) |  |
| **APODERADO / REPRESENTANTE LEGAL**  (firma – aclaración – DNI) |  |
| **VISADO POR LA SMA**  (firma – aclaración – DNI - fecha) |  |