



## **AUTORIZACIÓN PARA EJERCER COMO ODONTÓLOGO**

Es el trámite por el cual se autoriza a ejercer a un profesional en un establecimiento Habilitado.

### **Documentación a presentar:**

- 1) Solicitud de inscripción con carácter de declaración jurada con firma autenticada por escribano público, policía o Banco donde tenga cuenta, del profesional pidiendo la autorización para ejercer en el Establecimiento.
- 2) Fotocopia de Disposición de Habilitación o número de Trámite iniciado de Habilitación del Titular en caso de no haber finalizado el mismo.
- 3) Fotocopia del Certificado de Especialidad
- 4) Fotocopia de Matrícula expedida por este Ministerio.
- 5) Fotocopia de título profesional.
- 6) Constancia de CUIT/CUIL y pago del monotributo.
- 7) Contrato con empresa de residuos biopatogénicos del consultorio y constancia de pago; de no producirlos presentar una nota con carácter de declaración jurada firmada por el titular del consultorio.
- 8) Certificado de vacunación de hepatitis B expedido por Hospital Público, serología de laboratorio o troquel de la farmacia del/los profesional/es. (Ley N° 24.151)
- 9) Recetario membretado con datos básicos del establecimiento donde se ejerce con firma y sello del profesional.
- 10) Consignar en hoja aparte todos los datos personales del profesional, N° de matrícula, DNI, CUIT/CUIL, domicilio particular, teléfono particular y celular, y correo electrónico.

NOTA: LA FIRMA DE LA SOLICITUD DEBERA SER AUTENTICADA ANTE BANCO DONDE TENGA CUENTA, POLICIA O ESCRIBANO PUBLICO.

NOTA 2: NO SE INICIARAN TRAMITES QUE NO INCLUYAN LA TOTALIDAD DE LOS DOCUMENTOS REQUERIDOS. SERA CAUSAL DE SUSPENSION Y/O DENEGATORIA



DEL TRAMITE LA OMISION, NO CUMPLIMIENTO O FALSEDAD DE LOS DOCUMENTOS PRESENTADOS.

**Cómo se hace.**

1.- Presentación de la documentación en Habilitaciones del Ministerio de Salud, Av. 9 de Julio 1925 7mo (Oficina 7), en el horario de 10:00 a 13:00 y 14:00 a 15:00. Allí se verifica que la documentación sea la correcta y esté completa; de ser así se entrega el aviso de pago, para continuar con el trámite. Si la documentación no fuese la adecuada, deberá presentarse nuevamente.

2.- En el caso de disponer de aparatología deberá solicitar su habilitación en Radiofísica Sanitaria, 7° Piso, Oficina 3. de 11:00 a 13:00 y de 14:00 a 16:00

3.- Con el aviso de pago, el interesado debe abonar en la Tesorería del Ministerio de Salud, 1° Piso, de 10:00 a 15:00.

4.- Toda la documentación junto al comprobante de pago, se presenta en Mesa de Entradas, ubicada en 9 de Julio 1925, Planta Baja, en el horario de 10:00 a 13:00 y de 14:00 a 16:00. Allí le entregarán constancia de trámite iniciado donde figura su N° de expediente.

**LA CONSTANCIA DE TRÁMITE INICIADO NO ES HABILITANTE PARA FUNCIONAR.**

5.- Telefónicamente se acordará el día y la hora de la inspección del local y sus instalaciones para lo cual el interesado debe cumplimentar con todos los ítems requeridos.

6.- El Ministerio de Salud lo notificará para el retiro de la disposición de habilitación en Mesa de Entradas.

**Cuánto vale.**

El arancel para autorización para ejercer es \$20.-

La única forma de pago es en EFECTIVO.

**Quién puede/debe efectuarlo.**

El profesional solicitante, titular del consultorio/gabinete o Establecimiento donde ejercerá, un apoderado o autorizado por nota.



**Cuándo es necesario realizar el trámite.**

Antes de comenzar a trabajar en el consultorio/gabinete.

**Qué vigencia tiene el documento tramitado.**

Hasta que se realice la baja del consultorio o de la autorización para ejercer.

**Dónde se puede realizar el trámite.**

Dirección de Registro, Fiscalización y Sanidad de Fronteras

Habilitaciones Av. 9 de Julio 1925 Piso 7. Of. 7

Horario de atención: 10.00 a a 13:00 y de 14.00 a 15.00 Teléfono: (011) 4379-9000 Int.  
4676



**SOLICITUD DE AUTORIZACION PARA EJERCER**

Buenos Aires,.....

**Señor Director Nacional de Registro, Fiscalización y Sanidad de Fronteras:**

El/la que suscribe: .....

De Profesión: ..... M.Nº:.....

Solicita autorización para ejercer en el consultorio:.....

Sito en la calle: ..... Nº.....P.....

Dpto..... Tel. .... de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires

donde atenderá los días: .....

de.....a.....hs.

En el consultorio/gabinete exhibirá: Título original.....

Fotocopia legalizada.....(marque con una cruz lo que exhibirá)

Titular del consultorio es el .....

Matricula Nº..... Nº de Disposición o trámite de Habilitación:.....

Domicilio de Residencia:..... Nº..... Pº.....Dpto. ....

CP. ....Tel. particular Nº:.....-

Mecánico Dental:

Apellido y Nombre.....

M:N:Nº: .....

Domicilio: .....Tel.:.....

Saluda muy atentamente

Firma y sello del Titular

Firma y sello del solicitante

**Firma Autenticada**