SUNIBROM
SUPERIOR UNIDAD
BROMATOLÓGICA PROVINCIAL
M NISTERIO DE SALUD JUJUY

DENUNCIA TIPO 3

MUNICIPIOS. ROTULACION

San Salvador de Jujuy, a los _____días del mes de _____ de20 ____ .

A la Referente
De SUNIBROM
Dra. Sonia Beatriz Garcia
S____ /_____ D

Tengo el agrado de dirigirme a Ud. con el objeto de realizar la correspondiente Denuncia de Intoxicación Alimentaria, según datos que informo a continuación:

1- DATOS GENERALES (Marcar con una cruz cuando corresponda)

LA NOTIFICACION DE LA DENUNCIA LA REALIZA UN :

Particular ( ) Organismo Público( ) Organismo Privado ( )

Establecimiento ( ) Otros (especificar): _____

PRESENTAR ANTES DE LAS 48 HORAS HABILES, MUESTRA DE LO DENUNCIADO Y/O **ACTUACIONES** REALIZADAS HASTA EL MOMENTO, CASO CONTRARIO SE DESESTIMARÁ LA DENUNCIA

2- IDENTIFICACION DE LA PERSONA QUE NOTIFICA LA DENUNCIA perteneciente al municipio

NOMBRE Y APELLIDO:_____
DNI: _____
DOMICILIO:_____
DEPARTAMENTO_____ LOCALIDAD:_____
TELEF: _____ MAIL: _____

Nº DE MUESTRA:……..

a) EL ALIMENTO ES ENVASADO: SI ( ) NO ( )

b) POSEE ROTULACION :SI ( ) NO ( )

c) ESPECIFICAR ERROR DE ROTULACION: _____

FECHA Y HORA DE LA COMPRA:_____

DONDE COMPRO EL ALIMENTO:_____

3 – AL MOMENTO DE LA DENUNCIA EL AFECTADO ADJUNTA ADEMAS FOTOCOPIAS DE :

TICKET O FACTURA DE LA COMPRA ( )

OTROS (especificar): _____

_____

SUNIBROM investigará la denuncia para prevenir problemas de salud en la comunidad e informe al damnificado. Es importante aclarar que este informe no podrá ser utilizado para realizar denuncias legales.

.

Firma _____

Aclaración _____

DNI_____

TELEF._____

MAIL _____