|  |
| --- |
| **CONSIDERACIONES GENERALES PARA EL LLENADO DE LA SOLICITUD**   * Debe ser llenada a máquina o a mano con letra de molde (legible). * Marcar con una “X” la modalidad requerida y posteriormente el área bajo la cual solicitará la autorización. * Debe presentarse en original con firma autógrafa * **\* Los datos de las celdas son obligatorios** |
| \*Fecha de la solicitud: |
| \*Nombre completo |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| RFC | | \*CURP | | | | \*Cédula (licenciatura) |
| **\*Domicilio completo:**  \*Calle \*Número \* C.P. \*Colonia | | | | | | |
| \*Ciudad | | | \*Estado | | \*Municipio | |
| **\*Teléfono con lada:** | Teléfono móvil: | | | **\*Correo electrónico** | | |
| **\*ÁREA DE AUTORIZACIÓN SOLICITADA** | | | | | | |
| |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | | **MODALIDAD A: MÉDICO VETERINARIO RESPONSABLE**  **(UNIDADES DE PRODUCCIÓN)** | Marcar con una “X” el área solicitada |  | **MODALIDAD A: MÉDICO VETERINARIO RESPONSABLE**  **(ESTABLECIMIENTOS)** | Marcar con una “X” el área solicitada | | Unidades de Producción de Rumiantes (Clave 01) |  | Establecimientos Industriales y Comerciales (Clave 10) |  | | Establecimientos Comerciales (Clave 11) |  | | Unidades de Producción de Aves (Clave 03) |  | Clínicas y Hospitales Veterinarios que comercializan productos para uso o consumo animal (Clave 13) |  | | Unidades de Producción de Equinos (Clave 04) |  | | Bioterios (Clave 16) |  | | Unidades de Producción de Abejas (Clave 05) |  | **MODALIDAD C: PROFESIONAL AUTORIZADO|** | Marcar con una “X” el área solicitada | | Laboratorios de Constatación y/o Control de Calidad Interno (clave 15) |  | | | | | | | |

|  |
| --- |
| **FUNDAMENTO JURÍDICO**  Artículos 6 fracción XXXVIII y 144 fracción II de la Ley Federal de Sanidad Animal; 242, 311, 312 y 313 de su Reglamento; 15 de la Ley Federal de Procedimiento Administrativo y 86-D fracción I de la Ley Federal de Derechos |
| Atención a consultas al público: Ventanilla única de contacto ciudadano.  Boulevard Adolfo Ruiz Cortines 5010, Col. Insurgentes Cuicuilco, Coyoacán, Ciudad de México. C.P. 04530; de lun. a vie., de **9:00 a 17:00** hrs.  En las Representaciones Estatales del SENASICA en los Estados (deberán consultarse los horarios de atención).  Tiempo de respuesta: **30 días hábiles**, contados a partir del día siguiente hábil de la presentación del examen.  Los datos manifestados (nombre, teléfono, correo electrónico, Estado, Clave de Autorización y tiempo de vigencia) se integrarán a los Directorios Nacionales de Médicos Veterinarios Responsables, Profesionistas Autorizados y Terceros Especialistas Autorizados, mismos que se publicarán en la página Web del SENASICA <http://www.gob.mx/senasica/documentos/organos-de-coadyuvancia-49059> con el fin de que estén disponibles para las personas que requieran de los servicios de coadyuvancia, lo anterior de conformidad con lo establecido en los artículos 1, 4, 6 fracción L, 158 y 159 de la Ley Federal de Sanidad Animal; 1, 238, 335 y 339 de su Reglamento; 8 y 10 fracciones I y II de la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares. |
| **DOCUMENTOS ANEXOS A LA SOLICITUD** |
| **Requisitos**   * El formato de solicitud y sus requisitos deberán entregarse en la Representación Estatal del SENASICA que le corresponda. * Presentar en original para cotejo y copia por ambos lados de la cédula profesional del solicitante que lo acredite, expedida por la Secretaría de Educación Pública. * Original del Pago de Derechos efectuado bajo el esquema e5cinco:   <https://sistemasssl.senasica.gob.mx/hojaAyuda/eCinco.jsp;jsessionid=w9zBYCJGTkzwmLZ1V35KbPPLsJqqHTTGk9N6Wsv52SjTwgzLsdPJ!-27180476!-537303885>   * Presentar documentos que avalen y acrediten su domicilio (ejemplo: recibo de luz, agua, teléfono fijo o predial) * Constancia de capacitación expedida por la Secretaría o por las instituciones académicas, científicas, federaciones o colegios de profesionistas, con las que la Secretaría haya celebrado un acuerdo o convenio para desarrollar programas de capacitación; * Para el caso de Médicos Veterinarios Responsables Autorizados en Establecimientos Industriales y Comerciales, Establecimientos Comerciales, Clínicas y Hospitales Veterinarios que comercializan productos para uso o consumo animal, Bioterios y Profesional Autorizado, presentar la Carta Propuesta del Establecimiento firmada por el representante legal o el propietario en el cual se propone al solicitante para prestar sus servicios como Responsable de ese establecimiento, señalando horario y días laborales; * Una vez cumplidos los requisitos anteriormente referidos y los que la Secretaría determine necesarios, en las Representaciones Estatales del SENASICA se programará la evaluación de conocimientos en la fecha y horario acordado. * Para fines de autorización es necesario obtener en el Examen de evaluación cuando menos con el 80% de los aciertos de la puntuación total en la modalidad y área que solicita. |
| **DECLARO BAJO PROTESTA DE DECIR VERDAD, QUE LOS DATOS MANIFESTADOS EN LA PRESENTE SON CIERTOS, ME COMPROMETO A ACATAR TODA LA NORMATIVIDAD ESTABLECIDA Y APLICABLE POR LA SECRETARIA DE AGRICULTURA, GANADERÍA, DESARROLLO RURAL, PESCA Y ALIMENTACIÓN QUE RIGE EN MATERIA; Y QUE NO ME ENCUENTRO BAJO PROCESO JURÍDICO, NI QUE HE SIDO SANCIONADO O SUJETO DE ALGUNA MEDIDA DE SEGURIDAD POR PARTE DE LA SECRETARÍA, ASÍ MISMO QUE NO ME HE DESEMPEÑADO COMO SERVIDOR PÚBLICO DURANTE EL AÑO INMEDIATO ANTERIOR A LA FECHA DE LA PRESENTE SOLICITUD.**  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **LUGAR Y FECHA**  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  NOMBRE Y FIRMA DEL SOLICITANTE |