



**"REGISTROS DE CENTROS DE CERTIFICACIÓN ZOOSANITARIA"**

1. \*ORGANISMO DE CERTIFICACIÓN QUE PROMUEVE:

2. \*REGISTRO(S) SOLICITADOS:

2.1. \*CENTRO DE CERTIFICACIÓN ZOOSANITARIA (CCZ):

ALTA	( )
BAJA	( )
CAMBIO DE NOMBRE O DENOMINACIÓN	( )
CAMBIO DE DOMICILIO	( )
HORARIO DE ATENCIÓN	( )

2.2. \*TERCERO ESPECIALISTA EN EL AREA DE MOVILIZACIÓN:

ALTA	( )
BAJA	( )
CAMBIO DE DOMICILIO PARTICULAR	( )
CAMBIO DE HORARIO DE ATENCIÓN	( )

3. \*DATOS DEL INTERESADO EN REGISTRARSE COMO CCZ O CCZ REGISTRADO

3.1. NOMBRE O DENOMINACIÓN:

3.2. REGISTRO FEDERAL DE CONTRIBUYENTE:

3.3. CLAVE DEL CCZ (CUANDO PROCEDA):

3.4. DOMICILIO:

CALLE/CARRETERA	No. EXTERIOR	No. INTERIOR	TELÉFONO (INCLUIR CLAVE LADA)
POBLACION/LOCALIDAD/COLONIA	MUNICIPIO/DELEGACIÓN	C.P.	ESTADO

3.5. CORREO ELECTRÓNICO:

3.6. HORARIO DE ATENCIÓN AL PÚBLICO:

DÍAS	HORAS

3.7. \*INFRAESTRUCTURA:

LUZ: ( )

AGUA: ( )

MÁQUINA DE ESCRIBIR: ( )

ARCHIVEROS: ( )

ESCRITORIO ( )

EQUIPO DE CÓMPUTO: ( )

INTERNET: ( )

IMPRESORA: ( )

3.8. OTORGO CONSENTIMIENTO PARA QUE MIS DATOS PERSONALES SEAN TRATADOS CONFORME A LOS FINES PARA LOS QUE FUERON RECABADOS COMO ES LA PUBLICACIÓN DEL DIRECTORIO NACIONAL DE CENTROS DE CERTIFICACIÓN ZOOSANITARIA.

MVZ TEA A REGISTRARSE COMO CCZ

4. \*DATOS DEL MVZ TERCERO ESPECIALISTA AUTORIZADO (TEA) EN EL AREA DE MOVILIZACIÓN:

4.1. MVZ A DAR DE ALTA:

4.1.1. CLAVE DE AUTORIZACIÓN DEL TEA:

4.1.2. VIGENCIA AL:

4.2. MVZ A DAR DE BAJA:

4.2.1. MOTIVO DE LA BAJA:

4.3. \*DOMICILIO PARTICULAR DEL MVZ A

DAR DE ALTA:

CALLE/CARRETERA	No. EXTERIOR	No. INTERIOR	TELÉFONO (INCLUIR CLAVE LADA)
POBLACION/LOCALIDAD/COLONIA	MUNICIPIO/DELEGACIÓN	C.P.	ESTADO

4.4. \*CORREO ELECTRONICO:

4.5. \*HORARIO DE ATENCIÓN AL PÚBLICO EN EL CCZ A REGISTRAR:

DÍAS	HORAS

4.5.1. \*HORARIO DE ATENCIÓN EN OTRO(S) CCZ:

DÍAS	HORAS	CLAVE DEL CCZ

5. \*FIRMAS

MVZ Juan Ramón González Sáenz Pardo, Director General de ONCESEGA

NOMBRE COMPLETO Y CARGO DEL PROMOVENTE

DEL MVZ A DAR DE ALTA EN EL CCZ

NOMBRE COMPLETO DEL REPRESENTANTE LEGAL DEL INTERESADO EN REGISTRARSE COMO CCZ O CCZ REGISTRADO

\*LUGAR Y FECHA DE SOLICITUD DE REGISTRO

LOS DATOS CORRESPONDIENTES A DOMICILIO Y HORARIO DE ATENCIÓN DEL CCZ SERÁN REGISTRADOS EN EL DIRECTORIO NACIONAL DE CCZ, PUBLICADO EN LA PÁGINA GOB.MX

LOS DATOS MARCADOS CON (\*) SON OBLIGATORIOS

## **INSTRUCTIVO DE LLENADO DEL "REGISTROS DE CENTROS DE CERTIFICACIÓN ZOOSANITARIA"**

### **1. \*ORGANISMO DE CERTIFICACION**

Anotar el nombre completo o acrónimo del organismo que promueve la solicitud.

### **2. \*REGISTRO(S) SOLICITADOS:**

Marcar con una X en los paréntesis el o los registros que requiera, tanto en centros de certificación zoosanitaria, como en terceros especialistas en el área de movilización.\*

### **3. \*DATOS DEL INTERESADO EN REGISTRARSE COMO CCZ O CCZ REGISTRADO:**

3.1. \*Anotar el nombre o denominación completa del interesado en registrarse como CCZ o el CCZ ya registrado.

3.2. \*Anotar el registro federal de contribuyente del nombre o denominación del CCZ a registrar o registrado.

3.3. \*Anotar la clave del CCZ, cuando se trate de un centro previamente registrado.

3.4. \*Anotar el domicilio completo del interesado en registrarse como CCZ, o CCZ registrado, conforme los datos indicados en el formato, puede registrar un teléfono fijo o móvil, en el caso del número fijo debe incluir la clave lada.

3.5. Anotar la dirección electrónica con que cuenta el CCZ.

3.6. \*Anotar el horario de atención al público, en la columna "Días", el o los días de atención del CCZ y en la columna "Horas" el horario laboral del CCZ en formato de 24 horas. Ejemplos: Lunes, miércoles y viernes; 08:00 a 13:00.

3.7. \*Infraestructura con la cuenta el interesado en registrarse como CCZ o CCZ registrado, anotando una "X" en el paréntesis correspondiente.

3.8. Cuando el domicilio particular del interesado en registrarse como CCZ o centro registrado sea el mismo que señaló en el punto 4.3 del "Registro de Centros de Certificación Zoosanitaria", el TEA debe otorgar a través de su firma en este apartado, el consentimiento para que sus datos personales sean publicados en el Directorio Nacional de Centros de Certificación Zoosanitaria de conformidad con los artículos 121 de la Ley Federal de Sanidad Animal y 238 del Reglamento de dicho ordenamiento.

### **4. \*DATOS DEL MVZ TERCERO ESPECIALISTA AUTORIZADO (TEA) EN EL ÁREA DE MOVILIZACIÓN:**

4.1. \*Anotar el nombre completo del MVZ a dar de alta, sin abreviaturas tal y como aparece en la constancia de autorización vigente.

4.1.1. \*Anotar la clave de autorización registrada en la constancia de autorización vigente.

4.1.2. \*Anotar la fecha de vencimiento de la autorización que aparece en la constancia vigente.

4.2. \*Anotar el nombre completo del MVZ a dar de baja, sin abreviaturas.

4.2.1. \* Anotar el motivo de la baja.

4.3. \*Anotar el domicilio particular y completo del MVZ a dar de alta en el CCZ a registrar o CCZ registrado, conforme los datos indicados en el formato, puede registrar un teléfono fijo o móvil, en el caso del número fijo debe incluir la clave lada.

4.4. Anotar la dirección electrónica con que cuenta el MVZ a registrar en el CCZ.

4.5. \*Anotar el horario de atención al público, del MVZ en el CCZ, en la columna "Días", el o los días de atención del CCZ y en la columna "Horas" el horario laboral del CCZ en formato de 24 horas. Ejemplos: Lunes, miércoles y viernes; 08:00 a 10:00.

4.5.1. \*Anotar el horario de atención al público, en caso de que el MVZ sea TEA en otros CCZ en la columna "Días", anotar el o los días de atención en otro(s) CCZ y en la columna "Horas" el horario laboral del CCZ en formato de 24 horas. Ejemplos: Lunes, miércoles y viernes; 14:00 a 16:00 y en la columna "Clave del CCZ" la clave del centro.

### **5. \*FIRMAS**

- En "Nombre completo y cargo del promovente" Anotar el nombre completo, sin abreviaturas y el cargo del representante del Organismo de Certificación que promueve el registro, esta firma debe ser autógrafa de preferencia en tinta azul.

- En "Nombre completo del representante legal del interesado en registrarse como CCZ o CCZ registrado" anotar el nombre completo, sin abreviaturas y el cargo del representante legal de quien solicita al Organismo de Certificación el CCZ o el CCZ registrado.

- En "Del MVZ a Dar de alta en el CCZ", firma el médico veterinario a dar de alta en el CCZ a registrar o CCZ registrado, la firma debe ser coincidente con la que aparece en la constancia de autorización como tercero especialista en el área de movilización que acompaña la solicitud de registro.

- En "Lugar y Fecha de solicitud del Registro" anotar la ciudad y fecha donde el interesado en registrarse como CCZ o CCZ registrado llene la solicitud.

**NOTA: LOS DATOS MARCADOS CON (\*) SON OBLIGATORIOS.**