**C A R T A P R O P U E S T A**

Lugar y Fecha\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Secretaría de Agricultura y Desarrollo Rural (SADER)**

**Servicio Nacional de Sanidad, Inocuidad y Calidad**

**Agroalimentaria (SENASICA)**

Por este conducto me permito proponer al MVZ **(colocar nombre completo del Médico),** para que realice ante esa Dependencia el trámite de autorización como **Médico Veterinario Responsable en el área de (SELECCIONE UNA:) Clínicas y Hospitales Veterinarios que comercializan productos para uso o consumo o Establecimientos Comerciales e Industriales**, a fin de que realice las actividades inherentes a esa autorización y emita los documentos que resulten necesarios en cumplimiento de las Normas Oficiales Mexicanas y demás disposiciones aplicables, cumpliendo con los siguientes horarios laborales: **(Obligatorio Indicar días y horarios).**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre y Firma del Representante Legal y/o Propietario

(Especificar la personalidad jurídica del que firma)