



SOLICITUD de CONEXION EXTERNA SANITARIA - CLOACA

A: Depto. **SERVICIOS SANITARIOS - SERVICOOOP** Puerto Madryn, ____ de ____ del 201__

El que suscribe _____

Solicita **FACTIBILIDAD** de CONEXION EXTERNA CLOACAL para **ABASTECIMIENTO** de:

FORESTACIÓN OBRA EDIF. EXISTENTE

del TIPO

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> RESIDENCIAL UNIFAMILIAR | <input type="checkbox"/> INDUSTRIA |
| <input type="checkbox"/> RESIDENCIAL COLECTIVA | <input type="checkbox"/> QUINTA o FINCA AGROINDUSTRIAL |
| <input type="checkbox"/> RESIDENCIAL TEMPORARIA | |
| <input type="checkbox"/> QUINTA o FINCA RESIDENCIAL | <input type="checkbox"/> CAMPING |
| <input type="checkbox"/> EDIFICIO / COMPLEJO (HABITACIONAL/COMERCIAL) | <input type="checkbox"/> CLUB |
| <input type="checkbox"/> HOTEL / HOSTERIA | <input type="checkbox"/> CONSECIÓN (MUNICIPAL u OTRA) |
| <input type="checkbox"/> LOTE SOCIAL | <input type="checkbox"/> EDIFICIO PÚBLICO |
| <input type="checkbox"/> BARRIO (PLAN VIV. MUNICIP./PROVINC./COOP./OTRO) | <input type="checkbox"/> PLAZA MUNICIPAL / ESPACIO PÚBLICO |
| <input type="checkbox"/> COMERCIO GRAL. | <input type="checkbox"/> INSTITUCIÓN GUBERNAMENTAL |
| <input type="checkbox"/> COMERCIO DIFERENCIADO (LAVADERO/EST. SERV./LUBRICENTRO/OTRO) | <input type="checkbox"/> INSTITUCIÓN NO GUBERNAMENTAL |

_____ (ESPECIFICAR OTRO)

Ubicada en:

DIST. / DEPTO. _____ EJIDO _____ CIRC. _____ SECCIÓN/SECTOR _____

MZO./MZA. _____ PARCELA _____ MZO./MZA. (Nom. Ant.) _____ PARCELA (Nom. Ant.) _____

UNID. FUNCIONAL _____ N° PART. CATAST. _____

sobre CALLE _____ N° _____

entre _____ y _____

INMUEBLE del cual DECLARO ser PROPIETARIO (se adjunta DOCUMENTACIÓN RESPECTIVA)

En caso de aprobarse la factibilidad solicitada, la CONEXIÓN EXTERNA será ejecutada por el INSTALADOR MATRICULADO.

APELLIDO/NOMBRE _____ MAT. N°

quien se **COMPROMETE EXPRESAMENTE** a:

- CUMPLIR con los TRÁMITES TÉCNICOS y COMERCIALES requeridos por el Departamento SERVICIOS SANITARIOS y el Sector COMERCIAL de SERVICOOOP.
- EJECUTAR la CONEXIÓN EXTERNA SOLICITADA en conformidad a las NORMAS CONSTRUCTIVAS y DISPOSICIONES REGLAMENTARIAS que oportunamente les sean dadas a conocer en la OFICINA TÉCNICA del Departamento SERVICIOS SANITARIOS.
- ASUMIR CARGO/S, RIESGO/S y RESPONSABILIDAD/ES CIVIL/ES de COMPETENCIA para los trabajos en la VÍA PÚBLICA (s/LEY/ES y ORDENANZA/S VIGENTES).

SELLO y FIRMA MATRICULADO

FIRMA TITULAR (ACLARACIÓN / DOCUMENTO)

DOMICILIO REAL: _____ DOMICILIO REAL: _____

DOMICILIO LEGAL: _____ DOMICILIO LEGAL: _____

TEL/FAX: _____ TEL/FAX: _____

e-mail: _____ e-mail: _____

RESERVADO a SERVICOOOP

Se APRUEBA la presente solicitud al sólo efecto de cumplimentar los TRAMITES COMERCIALES de la conexión solicitada

TIPO CONEX. _____ DIAM.: _____ MAT. RED _____

VENTA de MATERIALES y SERVICIOS ESPECIALES

SI (SE ADJUNTA DETALLE)
 NO

V° SERVICIOS SANITARIOS	OBSERVACIONES

La presente SOLICITUD APROBADA **NO HABILITA** al INSTALADOR a dar inicio a la EJECUCIÓN de la CONEXIÓN EXTERNA SANITARIA, sin previo cumplimiento de los TRÁMITES COMERCIALES requeridos.-