

FORMULARIO DE PRE FACTIBILIDAD

Sres. De la
**Cooperativa de Provisión de Obras y Servicios
Públicos Sierra de los Padres Limitada.**

S/D

De mi mayor consideración:

El que suscribe.....en
carácter de..... documento N°..... solicita a Ud., certifique la existencia de
Servicios Sanitarios Oficiales de **AGUA CORRIENTE**, para la parcela ubicada en
calle,.....N°.....
entre.....y....., Identificada Catastralmente como:

CIRCUNSCRIPCION:..... **SECCION:**..... **MANZANA:**.....
PARCELA:....., de este partido, con **Cuenta Municipal N°**..... **Partida
Inmobiliaria N°**.....

A tal efecto **DECLARO** que la prestación de los servicios seria para:

DESTINO DEL INMUEBLE: (Marcar (X) lo que corresponda)

- Vivienda Unifamiliar
 Edificio con..... Unidades de Vivienda y..... Locales
 Industria o Comercio
 Destinado:.....

Fecha de inicio de actividades: ___/___/___

ESTADO DE LA EDIFICACIÓN: (Marcar (X) lo que corresponda)

- En Uso.
 A Construir- Fecha estimada de Finalización de Obra : ___/___/___
 En Construcción-porcentaje de avance de obra – 20% - 40% - 60% - 80%

Fecha de finalización de obra: ___/___/___

FUENTE ALTERNATIVA – POZO (Marcar (X) lo que corresponda)

- Perforación o Captación Alternativa de Agua: **SI / NO**
- Metros de Perforación:.....
...
- Tipo de Bomba Colocada:.....
- Empresa Constructora:.....
.....
- Fecha de Instalación: ___/___/___

Reserva de agua SI / NO: - elevado o Subterráneo - Cantidad de Litros:.....,

Con una superficie cubierta de..... m2.

Con una superficie semicubierta de.....m2

Con su consumo estimado es de..... m³/día.

Su desagüe estimado es de..... m³/día.

Conexión Existente: SI NO

Cantidad de conexiones _____

Marcar conexiones en croquis con distancia del
EMD o LMD

Medidor instalado: **SI** **NO**

REQUERIMIENTO N°

FIRMA

TEL

