

SR. INTENDENTE MUNICIPAL

Dn. Martín Insaurrealde

Su Despacho

Tengo el agrado de dirigirme a Ud. a fin de solicitar:

<input type="checkbox"/>	DESINSECTACIÓN
--------------------------	----------------

<input type="checkbox"/>	DESINFECCIÓN
--------------------------	--------------

<input type="checkbox"/>	DESRATIZACIÓN
--------------------------	---------------

<input type="checkbox"/>	OTROS (sin especificar)
--------------------------	-------------------------

ACTA: SI-NO

Nº: _____

Fecha: _____

Siendo el área específica a cubrir por la medida sanitaria de _____ m2 del inmueble ubicado en la calle _____
Nº _____ de la localidad de _____, entre las calles _____ y _____ para lo cual aboné
por Tesorería la correspondiente Tasa liquidada según la Ordenanza Impositiva Vigente.

La categoría del inmueble al que será aplicada la medida sanitaria corresponde a:

<input type="checkbox"/>	COMERCIO
--------------------------	----------

<input type="checkbox"/>	INDUSTRIA
--------------------------	-----------

<input type="checkbox"/>	ESTABLECIMIENTO EDUCATIVO
--------------------------	---------------------------

<input type="checkbox"/>	CENTRO ASISTENCIAL
--------------------------	--------------------

<input type="checkbox"/>	OTROS (especificar)
--------------------------	---------------------

Asimismo declaro haber agotado las medidas destinadas a dar cumplimiento a lo establecido en la Ordenanza Nº 15.900 /16

Sin otro particular, saludo Ud. muy atte.

Firma del Interesado

DATOS DEL TITULAR

Nº Rubro-Cta. / Padrón _____

Nombre y Apellido _____ DNI _____

Domicilio _____ Localidad _____

Teléfono (s) _____ E-mail _____

Donde contactarlo para coordinar el turno de desinfección

PARA USO DEL MUNICIPIO

Superficie afectada _____

Tasa a abonar _____

(Según lo establecido en la O.I.V.)

Firma y Sello

INTERVENCIÓN DE SEGURIDAD E HIGIENE

El solicitante hizo efectivo el pago de \$ _____ según consta en el Comprobante Nº _____

Gírese a la **SUBSECRETARÍA DE GESTIÓN AMBIENTAL E HIGIENE URBANA.**TALÓN PARA EL CONTRIBUYENTE

Lomas de Zamora, ____ de ____ de 201__

Intervención solicitada:

<input type="checkbox"/>	DESINSECTACIÓN
--------------------------	----------------

<input type="checkbox"/>	DESINFECCIÓN
--------------------------	--------------

<input type="checkbox"/>	DESRATIZACIÓN
--------------------------	---------------

<input type="checkbox"/>	OTROS (sin especificar)
--------------------------	-------------------------

ACTA: SI-NO

Nº: _____

Fecha: _____

Área específica a cubrir por la medida sanitaria _____ m2

Firma del Interesado-----
Firma y Sello (Municipio)