



SOLICITUD DE CERTIFICADO

Informativo

Prefactibilidad de Servicios

Mar del Plata,de de

El que suscribe..... en carácter de..... documento
Nº..... solicita a Ud, **certifique/ informe** (tachar lo que no corresponda) la
existencia de Servicios Sanitarios Oficiales de **AGUA CORRIENTE Y DESAGUE
CLOACALES**, para la parcela ubicada en
calle,.....Nº.....entre.....y...
....., Identificada Catastralmente como **CIRCUNSCRIPCION**
SECCION..... MANZANA. PARCELA, de este partido, con **Cuenta
Municipal Nº..... Partida Inmobiliaria Nº..... y Cuenta de O.S.S.E.
Nº..... Y adjunta:**

MEMORIA TÉCNICA-DESCRIPTIVA

Nombre propietario- titular del servicio-.....
E-mail:
Teléfono fijo:.....celular:.....
Domicilio Postal
CP:..... Localidad.....
Calle.....Nº..... PisoDepto.....

Nombre usuario del servicio-.....
Inquilino – usufructuario – comodatario – poseedor – tenedor – permisionario- copropietario-
concesionario.....
Establecimiento/Razón social:.....
CUIT:.....
E-mail:
Por la presente presto conformidad y adhiero a la factura digital del Servicio
(SI) con el siguiente correo electrónico:.....
Domicilio Postal
CP:..... Localidad.....
Calle.....Nº..... PisoDepto.....

Nombre gestor / profesional:
E-mail:
Teléfono fijo:.....celular.....
Domicilio Postal :
CP:..... Localidad.....
Calle.....Nº..... PisoDepto.....

INFORMACION GENERAL

Destino del Inmueble

	Cantidad	Con Telemetría	Sin Telemetría
Vivienda Unifamiliar			
Vivienda Multifamiliar			
Comercio			
Oficinas			
Salud Pública - Privada			
Educación Pública - Privada			
Industria			

Actividad	Tratamientos de efluentes	
	SI	NO
Comercio		
Industria		

En caso de ser Comercio, industria u oficinas detallar el destino y fecha de inicio actividades.....

Estado de la Edificación

- Proyecto en estudio sujeto a su aprobación (Certificado a Título Informativo)
- En uso.
- En Construcción - porcentaje de avance de obra – 20% - 40% - 60% - 80%
 Fecha estimada de finalización de obra Mes / Año/..... .
- A construir. – Fecha estimada de finalización de obra Mes / Año /

Observaciones:.....

FUNCIONAMIENTO GENERAL

Es una actividad estacional? :

SI



NO



En caso de contestar SI complete ambas columnas. En caso de contestar NO complete columna de ALTA

ALTA	BAJA
Período del año:	Período del año:
Días de trabajo:	Días de trabajo:
Horario de funcionamiento:	Horario de funcionamiento:
Horario de máx producción:	Horario de máx producción:
Cant. de empleados:	Cant. de empleados:
Producción diaria:	Producción diaria:

Detalle de las materias primas utilizadas:

.....

Detalle de elaboración del producto:

.....

AGUA:

FUENTE	RED OFICIAL		POZO	
	SI	NO	SI	NO
CANTIDAD	*(1)		EXISTENTE	SOLICITUD
MEDIDOR	SI	NO	SI	NO
VOLUMEN TANQUE RESERVA		M3/DIA		M3/DIA
VOLUMEN TANQUE BOMBEO		M3/DIA		M3/DIA
			POSEE CANILLA TM	
			SI	NO
CONSUMO MÁXIMO CONSUMIDO		M3/DIA		M3/DIA
CONSUMO AUTORIZADO POR OSSE		M3/DIA		M3/DIA
AMPLIACIÓN DE CONSUMO SOLICITADO		M3/DIA		M3/DIA

Detalle de usos del agua en el establecimiento, especificando consumos estimados en cada proceso:

.....

MICROMEDICIÓN Y TELEMETRÍA ORD. 23646 ART. 139

Descripción	Cantidad solicitada
Gabinete con componentes eléctricos	
Medidor Totalizador Ø 13 mm	
Medidor Totalizador Ø 19 mm	
Medidor Totalizador Ø 25 mm	
Medidor Interno Domiciliario Ø 13 mm.....	
Medidor Interno Domiciliario Ø 19 mm.....	
Medidor Interno Domiciliario Ø 25 mm.....	
Medidor Interno Domiciliario Ø 38 mm.....	
Medidor Interno Comercial Ø 13 mm.....	
Medidor Interno Comercial Ø 19 mm.....	
Medidor Interno Comercial Ø 25 mm.....	
Medidor Interno Comercial Ø 38 mm.....	

Describir fuente de abastecimiento y consumo de agua de los Ameneties y Espacios

Comunes.....
.....
.....

Dispositivos para reducción de consumo: TIENE NO TIENE

En caso de tener, especificar:.....
.....
.....

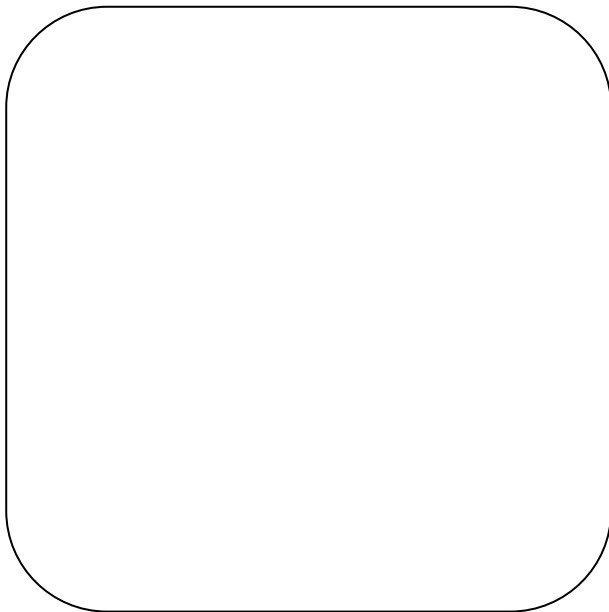
Periodicidad de limpieza de las reservas de agua:

Dispositivos CONTRA INCENDIO: TIENE NO TIENE

En caso de tener,
especificar:.....
.....
.....
.....
.....

***(1) ANEXO 1 CONSULTA DE FACTIBILIDAD DE CONEXIONES**

SERVICIO DE AGUA: CONEXIÓN, ENLACE O DESCONEXIÓN (eliminar lo que no corresponda)							
DISTANCIA	DISTANCIA	DIÁMETRO	MEDIDOR	CX EXISTENTE	BAJA DE CX EXISTENTE	CX ADICIONAL	SOLICITUD SERVICIO
E.M.D.	L.M.DERECHA	MM	SI/NO				



Croquis de ubicación de parcela y conexiones

Nota:.....

El solicitante deberá marcar bajo declaración jurada la ubicación y uso de cada conexión existente que posea el inmueble.

CLOACA:

Cantidad de conexiones a red *(2)

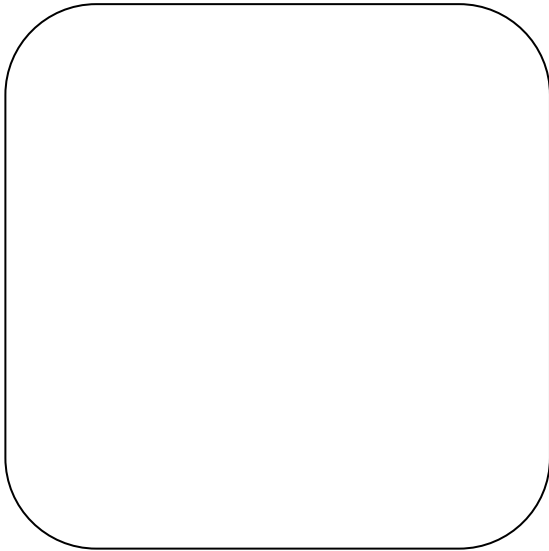
colectora.....s/calle.....

.....s/calle.....

Caudal de desagüe (m³/día):.....

***(2) ANEXO 1 CONSULTA DE FACTIBILIDAD DE CONEXIONES**

DISTANCIA	DISTANCIA	DIÁMETRO	CX EXISTENTE	BAJA DE CX EXISTENTE	CX ADICIONAL	SOLICITUD SERVICIO
E.M.DERECHA	L.M.DERECHA	MM				



Croquis de ubicación de parcela y conexiones

Notas:.....

El solicitante deberá marcar bajo declaración jurada la ubicación y uso de cada conexión existente que posea el inmueble.

Tipo de desagües: CONTINUO INTERMITENTE

Descripción de los sectores que originan efluentes industriales, especificando en cada caso, caudal máximo horario (Qmáx):

.....

Tratamiento de efluentes:

Cantidad de tratamientos primarios que posee:.....

En el caso de contar con más de uno, detalle para cada uno, los siguientes datos:

Ubicación: Lugar				
a m de eje medianero y a		m de línea municipal		
Dimensiones Ancho:		Largo:	Profundidad pelo de agua:	
Volumen (V) útil de tratamiento (m ³)				
Sistema de funcionamiento		c/SIFON <input type="radio"/>	c/TABIQUI <input type="radio"/>	
Tiempo de residencia (V/Qmáx hor.) (min.)				
Posee ventilación		SI <input type="radio"/>	NO <input type="radio"/>	
Lugar de toma de muestra: CTM <input type="radio"/>		BDT <input type="radio"/>	SI <input type="radio"/>	CI <input type="radio"/>
CTM: Cámara toma de muestras				Otros <input type="radio"/>
desagüe tapada				BDT: Boca de
CI: Cámara de Inspección				SI: Salida del

interceptor	
Tipo de limpieza: MANUAL <input type="radio"/> CAMION ATMOSFERICO <input type="radio"/>	
SI UTILIZA CAMIONES ATMOSFERICOS DEBERÁ ESTAR INSCRIPTO EN EL REGISTRO DE GENERADORES DE EFLUENTES INDUSTRIALES (Ordenanza 19064/09)	
BACTERIAS <input type="radio"/> OTROS <input type="radio"/>	
En el caso de uso de bacterias: especificar cuales se emplean y el Organismo Nacional que ha autorizado las mismas, adjuntando fotocopia	
Frecuencia de limpieza SEMANAL <input type="radio"/> QUINCENAL <input type="radio"/>	
MENSUAL <input type="radio"/> OTROS <input type="radio"/>	
Destino de barros producidos Inst. de OSSE <input type="radio"/> OTROS <input type="radio"/>	
<i>El titular del Establecimiento es el responsable del destino de los residuos que se generen como resultado de la actividad. Los efluentes que sean transportados por medio de camiones atmosféricos deberán ajustarse a los límites admisibles establecidos en la normativa vigente según el destino final de los mismos.-</i>	

De contar con tratamiento secundario, describir la tecnología empleada, memoria de cálculos y eficiencia:

.....

En el caso de no encontrarse dentro del radio servido de cloaca, deberá informar sistema de disposición de efluentes:

Bio digestores. Zanjas drenantes

Otros: (especificar).....

PLUVIALES:

Descripción de la instalación interna y su destino final de vuelco

.....

.....

OBSERVACIONES:.....

.....

FECHA:..... /..... /.....

Firma y aclaración del Profesional

Firma y aclaración del Propietario