

<b>SOLICITUD DE CERTIFICADO</b>							
Se requiere marcar con una cruz según corresponda:					<b>N° requerimiento:</b>		
<input type="checkbox"/> <b>INFORMATIVO</b>					Recepción, firma, sello y CI		
<input type="checkbox"/> <b>FACTIBILIDAD DE SERVICIOS</b>							
<b>Fecha:</b> /        /							
El que suscribe en carácter de :		<b>Titular:</b>					
(Marque con una cruz según corresponda)		<b>Usuario:</b>					
		<b>Profesional:</b>					
Solicita a Ud, <b>certifique</b> la existencia de Servicios Sanitarios Oficiales de <b>AGUA CORRIENTE Y DESAGUES CLOACALES</b> para la parcela ubicada en:							
calle				N°			
entre				y			
<b>Cuenta Municipal N°</b>		<b>Partida Inmobiliaria N°</b>			<b>Cuenta OSSE N°</b>		
<b>Nomenclatura Catastral:</b>							
<b>Circ.:</b>	<b>Secc.:</b>	<b>Chacr.:</b>	<b>Qta.:</b>	<b>Frac.:</b>	<b>Mzn.:</b>	<b>Parc.:</b>	<b>Pol.:</b>
<b>DATOS DEL SOLICITANTE</b>							
<b>Nombre del Propietario/titular del Servicio:</b>					E-Mail		
					Teléfono Fijo		Celular
<b>Domicilio Postal</b>							
CP	Localidad	Calle		N°	Piso	Dpto.	
<b>Nombre del usuario Servicio:</b>					E-Mail para Adhesión a <b>Factura Digital</b>		
<b>Nombre del establecimiento/ Razón Social/Nombre Fantasía del Proyecto/Empresa Constructora:</b>							
<b>CUIT:</b>					Teléfono Fijo		Celular
<b>Domicilio Postal</b>							
CP	Localidad	Calle		N°	Piso	Dpto.	
<b>Nombre de Gestor:</b>					E-Mail		
<b>Nombre de Profesional actuante:</b>					E-Mail		
<b>Matricula N°:</b>					Teléfono Fijo		Celular
<b>TAREAS ENCOMENDADAS</b>							
Insertar el QR certificado por el Colegio							
Descripción de Tareas contratadas				Insertar código QR			
<b>Vigencia del contrato</b>							



AGUA									
FUENTE	RED OFICIAL			POZO					
				Cantidad de perforaciones					
				Existentes		A solicitar			
Volumen tanque reserva				M3		Volumen tanque reserva		m3/día	
Volumen tanque bombeo				M3		Volumen tanque bombeo		m3/día	
				Canilla de TM					
				SI			NO		
CONSUMO ASIGNADO POR OSSE				m3/día		CONSUMO ASIGNADO POR OSSE		m3/día	
CONSUMO AGUA SOLICITADO				m3/día		CONSUMO DE PSS SOLICITADO		m3/día	
Detalle de uso del agua en el establecimiento:									
FACTIBILIDAD DE CONEXIONES DE AGUA									
El solicitante deberá marcar bajo declaración jurada la ubicación y uso de cada conexión de agua existente y solicitada.									
<b>En los casos en los cuales la intervención de OSSE en la red determine la necesidad de efectuar la rotura de veredas, su reparación quedará a cargo del usuario requirente.</b>									
CX EXISTENTE	BAJA DE CX EXISTENTE	CX ADICIONAL	SOLICITUD SERVICIO	DISTANCIA	DISTANCIA	DIAMETRO	MEDIDOR		
				E.M.D.	L.M.D.		MM	SI	NO
CROQUIS DE UBICACIÓN DE LA PARCELA Y CONEXIONES					NOTAS				



**CLOACA**

**CONSUMO VUELCO CLOACAL ASIGNADO POR OSSE**

**CONSUMO VUELCO CLOACAL SOLICITADO:**

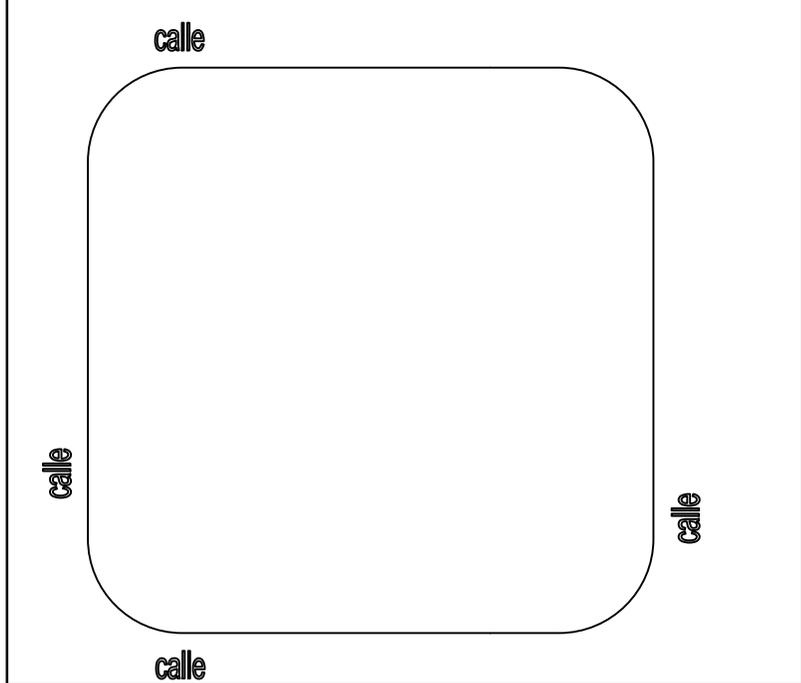
**FACTIBILIDAD DE CONEXIONES DE CLOACA**

El solicitante deberá marcar bajo declaración jurada la ubicación y uso de cada conexión de cloaca existente y solicitada.

**En los casos en los cuales la intervención de OSSE en la red determine la necesidad de efectuar la rotura de veredas, su reparación quedará a cargo del usuario requirente.**

CX EXISTENTE	BAJA DE CX EXISTENTE	CX ADICIONAL	SOLICITUD CONEXION	DISTANCIA	DISTANCIA	DIAMETRO	MEDIDOR	
				E.M.D.	L.M.D.	MM	SI	NO

**CROQUIS DE UBICACIÓN DE LA PARCELA** **NOTAS**



**Observaciones:**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

TRATAMIENTO DE EFLUENTES					
En caso de contar con más de un tratamiento primario/secundario deberá declararlo mediante copias del presente formulario.					
Origen de efluentes industriales:					
Caudal máximo horario (Q <sub>máx</sub> ):					
Cantidad de tratamientos primarios:					
Ubicación del tratamiento:		metros de a EMD		y	metros de LMD
Dimensiones:					
Ancho:		Largo:		Prof. del pelo de agua:	
Volumen (V) útil de tratamiento m <sup>3</sup> ):					
Sistema de funcionamiento:		C / SIFÓN		C/TABIQUE	
Tiempo de residencia (V/Q <sub>máx</sub> hor.) (min.): 2 horas.					
¿Posee ventilación?		SI		NO	
Lugar de Toma de Muestra	CTM	BDT	SI	CI	OTRO:
CTM: Cámara toma de muestras BDT: Boca de desagüe tapada CI: Cámara de Inspección SI: Salida del interceptor					
Tipo de limpieza		MANUAL		CAMIÓN ATMOSFÉRICO	
<b>SI UTILIZA CAMIONES ATMOSFERICOS DEBERÁ ESTAR INSCRIPTO EN EL REGISTRO DE GENERADORES DE EFLUENTES INDUSTRIALES (Ordenanza 19064/09)</b>					
BACTERIAS		OTROS			
<i>En el caso de uso de bacterias: especificar cuales se emplean y el Organismo Nacional que ha autorizado las mismas, adjuntando fotocopia</i>					
Frecuencia de limpieza		SEMANAL	QUINCENAL	MENSUAL	OTRO
Destino de Barros Producidos		Inst. OSSE		Otros:	
<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:					
<i>En el caso de no encontrarse dentro del radio servido de cloaca, deberá informar sistema de disposición de efluentes:</i>					
Bio digestores		Zanjas drenantes		Otros:	
PLUVIALES					
Descripción de la instalación interna y su destino final de vuelco:					
Observaciones:					
Firma y aclaración de Profesional			Firma y aclaración de Propietario		