

PLANO DE FASE __ (indicar tipo de trámite)

UBICACIÓN:			PADRÓN:
CARP. CATASTRAL:	CCZ:	MUNICIPIO:	RÉGIMEN:
PROPIETARIO:			DESTINO:
PROFESIONAL:			
INST. SANIT.:			

ÁREA TERRENO:	SUP. IMPERMEABLE:	SISTEMA:
FRENTE:	SUP. PERMEABLE:	DIÁMETRO:
FONDO:	CONEXIÓN: NUEVA <input type="checkbox"/> EXISTENTE <input type="checkbox"/>	PROFUNDIDAD:

UNIDADES SANITARIAS (Cantidad de inodoros)	NUEVAS	A REGULARIZAR		
		Menor a 3 años	Entre 3 y 10 años	Mayor a 10 años

Nº	ANTECEDENTES	FECHA	FECHA INSP. FINAL	OBS. (Por ejemplo Insp. parciales)
1				
2				
3				

PLANO DE UBICACIÓN:

PLANO: (PLANTA BAJA, DETALLES, CORTES, FACHADAS)		ESCALA:
<div style="border: 1px dashed black; padding: 10px; width: 80px; margin: auto;"> TIMBRE PROFESIONAL </div>	_____ PROPIETARIO	FECHA:
	_____ PROFESIONAL	B-S1
_____ INST. SANIT.		

*NOTA: Para el pago de tasas debe considerarse siempre POS más 3 boletas