**ACTIVIDAD DE SANEAMIENTO**

**SOLICITUD DE VERIFICACIÓN DE CONEXIÓN AL ALCANTARILLADO SANITARIO**

|  |
| --- |
| **DATOS DE LA PERSONA SOLICITANTE** |
| Nombre de la persona solicitante: |
| Cédula: |  | Firma\*: |  |
| Teléfono(s): |  |
| Correo electrónico: |  |

\* Firma debe de ser idéntica a la estampada en cédula de Identidad

 \*Autorizo a la Municipalidad de Alajuela a realizar la inspección respectiva

|  |
| --- |
| **DATOS DE LA PROPIEDAD** |
| Nº Folio Real o N° finca:  2-\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Dirección exacta de la propiedad en que solicita la verificación:  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

Nota: Debe indicar el numero de finca que se indica en el Informe registral de la propiedad.

|  |
| --- |
| **SOLICITO LA VERIFICACIÓN DE CONEXIÓN AL ALCANTARILLADO SANITARIO PARA** |
| Nombre del establecimiento o actividad: |  |
| Tipo de establecimiento o actividad: |  |

**NOTA**

Para efectos de trámite de solicitud de Permiso Sanitario de Funcionamiento ante el Ministerio de Salud, según capítulo III, artículo 8, inciso 5 del Reglamento publicado en el diario oficial La Gaceta Nº 161 del miércoles 23 de agosto del 2006.

**No aplica para locales o establecimientos que se encuentren en proceso de construcción.**

**REQUISITOS PARA VERIFICACIÓN DE CONEXIÓN AL ALCANTARILLADO SANITARIO**

1. ( ) Solicitud debidamente llena y firmada por el solicitante.
2. ( ) Fotocopia legible y vigente de la cédula de identidad del solicitante
3. ( ) En caso de que la solicitud sea presentada a nombre de una razón social (opcional), deberá cumplir con los siguientes requisitos:
* Solicitud firmada por el representante, o en su defecto un poder legal que le otorgue validez al solicitante.
* Certificación de la personería jurídica.

Fecha de actualización: abril 2022