

Lujan de Cuyo ..... de ..... De 20.....

Señor Intendente

Municipalidad de Luján de Cuyo

Dr. Sebastian Bragagnolo

S / D:

El que suscribe .....

En su carácter de .....

Documento Nacional de Identidad N° .....

Domiciliado en .....

solicita a Ud. **CERTIFICADO DE FACTIBILIDAD AGUA / CLOACA** (tachar lo que no corresponda) para el sector detallado en el Plano adjunto y Certificado de Servicio N° ..... de fecha .....

Deja constancia que las instalaciones, equipos y terrenos necesarios y aquellas obras que Aguas Lujan de Cuyo Servicios Sanitarios. impusiera con carácter de " ejecución obligatoria ", serán financiados por su cuenta, bajo el Régimen de OBRAS POR CUENTA DE TERCEROS de la Municipalidad de Lujan de Cuyo, vigente y ulteriormente DONADAS lisa y llanamente, sin cargos y libre de todo gravamen a la Municipalidad de Luján de Cuyo para la prestación del servicio, reconociendo que serán PATRIMONIO de la misma a partir de la fecha de su HABILITACIÓN OFICIAL. Asimismo, hará expresa renuncia a los reintegros que le pudieren corresponder en cualquier concepto por el costo de las instalaciones. Todo ello impuesto con carácter "OBLIGATORIO " por la Municipalidad de Luján de Cuyo, para poder acceder a la ejecución de estos trabajos.

Los gastos y trámites de escrituración por las afectaciones a otras propiedades, servidumbres emergentes del presente pedido, serán también a su cuenta y riesgo.

**Para la gestión de Factibilidad, Proyectos y Ejecución de las obras propongo:**

Profesional/es: ..... Mat. N°: .....

DNI N°: ..... E-mail: .....

Domicilio: .....

Teléfono: .....

X

Popietario

X

Profesional

<sup>1</sup> Nota: La firma del propietario es obligatoria, sin ello NO se recibe el trámite

<sup>2</sup> Nota: La firma del profesional es obligatoria, sin ello NO se recibe el trámite

## CERTIFICADO DE FACTIBILIDAD

AGUA  CLOACAS

### 1°)- PROYECTO PREVISTO:

- Ampliación de redes dentro del Área Servida por Aguas Lujan Servicios Sanitarios.
- Ampliación de redes dentro del Área de Expansión de Aguas Lujan Servicios Sanitarios.

### 2°)- EI PROYECTO BENEFICIARÁ A:

- Lotes       Viviendas Unifamiliares       Departamentos:

Financiados por       IPV       Otros

Número Conexiones solicitadas:

Número de Usuarios a servir:

Breve descripción de las características del Proyecto Habitacional: .....

Tipificación (Zonal) .....

### 3°)- DOCUMENTACIÓN COMPLEMENTARIA <sup>3</sup>

- a) Fotocopia D.N.I. Propietario y Profesional.
- b) Certificado de Servicio, Fraccionamiento, Loteo expedido por Ordenamiento Territorial (tachar lo que no corresponda)
- c) Plano de Mensura aprobado por la Dirección Provincial de Catastro.
- d) Proyecto de Loteo visado y/o aprobado con firmas
- e) Copia de escritura de la Propiedad

### Datos Complementarios

- a) Nomenclatura Catastral N° .....
- b) Padrón Territorial o Rentas N° .....
- c) Padrón Municipal N° .....
- d) Fracción: .....

**Los datos consignados precedentemente tienen el carácter de "Declaración Jurada".**

X

\_\_\_\_\_  
Propietario

4

X

\_\_\_\_\_  
Profesional

5

<sup>3</sup> Sin la documentación completa y en condiciones, no se dará inicio al trámite.

<sup>4</sup> Nota: La firma del propietario es obligatoria, sin ello NO se recibe el trámite

<sup>5</sup> Nota: La firma del profesional es obligatoria, sin ello NO se recibe el trámite