

Perfil de Proyecto y Petición de Servicios

Favor de completar los encasillados según aplique, aquellos marcados con asteriscos (*) son obligatorios.

Fecha*: Centro de Servicios: Arecibo Trámite:

PROYECTO O ACTIVIDAD

Nombre del Proyecto o Actividad*:						
Casos de Referencia:	Tipo de Proyecto*:	<input type="checkbox"/> Público	<input checked="" type="checkbox"/> Privado	<input type="checkbox"/> Alianza Público-Privada		
Ubicación General*:	<input checked="" type="checkbox"/> Urbana	<input type="checkbox"/> No Urbana	Clasificación*:	<input type="checkbox"/> Residencial	<input checked="" type="checkbox"/> Comercial	<input type="checkbox"/> Telecomunicaciones
Tipo de Trámite*:	<input type="checkbox"/> Certificado	<input type="checkbox"/> No Certificado	<input type="checkbox"/> Institucional	<input type="checkbox"/> Turístico	<input type="checkbox"/> Industrial	<input type="checkbox"/> Otro,

LOCALIZACIÓN Y DIRECCIÓN FÍSICA

Número de Catastro* <u>02-02-076086--03-000</u>	Calle / Carretera*:	
Distrito de Calificación* <u>C-2</u>	Número / Kilómetro*:	Unidad / Apartamento:
Distrito Sobrepuerto:	Sector o Urbanización*:	
Zona de Inundabilidad*:	<input checked="" type="checkbox"/> Zona Histórica	Barrio*:
Cabida (Área Total) según Mensura* <u>500 P/c</u>	Municipio*:	
Cabida (Área Total) según Escritura* <u>500 P/c</u>	Código Postal:	
Descripción o Puntos de Referencia* <u>Dentro Hospital Cayetano Coll y Toste</u>		
Servidumbres: <input checked="" type="checkbox"/> AEE <input checked="" type="checkbox"/> AAA <input checked="" type="checkbox"/> cable TV <input checked="" type="checkbox"/> DTOP <input checked="" type="checkbox"/> Municipal <input checked="" type="checkbox"/> Telecomunicaciones <input type="checkbox"/> Otros,		

DUENO PRINCIPAL DEL PROYECTO

Incluya los últimos cuatro (4) dígitos del Número de Seguro Social en caso de persona natural (un individuo) o el Número de Seguro Patronal (EIN) en caso de persona jurídica (una organización).

Tipo*:	<input type="checkbox"/> Persona Natural (Individuo) - SSN:	<input checked="" type="checkbox"/> Persona Jurídica (Organización) - EIN: <u>6667838085</u>
Nombre*:	Organización:	<u>Mesero Pavia Pharmacy, Inc.</u>
Dirección Postal* <u>P.O. Box 198338</u>	Municipio / Ciudad* <u>San Juan</u> Estado:	País* <u>PR</u> Código Postal* <u>80999-238</u>
Teléfono Principal* () -	Correo Electrónico*:	

PROYECTISTA

Sólo es requerido llenar la siguiente información del proyectista si se tramita un caso certificado.

Tipo de Licencia Profesional*:	Número de Licencia*:	Organización:
Nombre*:	Organización:	
Dirección Postal*:	Estado:	País*:
Municipio / Ciudad*:	País*:	Código Postal*:
Teléfono Principal* () -	Correo Electrónico*:	

COLINDANTES

NORTE*:	Nombre o Descripción*:	Dirección Postal:
	Distrito de Calificación*:	<u>Wendy's Restaurant</u>
SUR*:	Nombre o Descripción*:	Dirección Postal:
	Distrito de Calificación*:	<u>Departamento Salud</u>
ESTE*:	Nombre o Descripción*:	Dirección Postal:
	Distrito de Calificación*:	<u>Antigua Hospital</u>
OESTE*:	Nombre o Descripción*:	Dirección Postal:
	Distrito de Calificación*:	<u>Casa de empresa Oro gski</u>

DECLARACIÓN

En casos certificados se radica este documento debe ir sellado por el proyectista y firmado por un representante de servicio de la OGP. Declaro que la información proporcionada en esta solicitud es veraz y doy mi consentimiento para que sea verificada. Entiendo que cualquier información fraudulenta es motivo para cancelar esta solicitud.

<u>José Vel. Cobri</u>	<u>PC</u>	
NOMBRE DEL PROPONENTE	FIRMA DEL PROPONENTE	FECHA
<u>José Vel. Cobri</u>	<u>PC</u>	
NOMBRE DEL FUNCIONARIO	FIRMA DEL FUNCIONARIO	FECHA