



Ilustre Municipalidad de Zapallar
Dirección de Obras

Asignación N° _____ /201 ____.-
(Uso Interno DOM)

SOLICITUD CERTIFICADO DE INHABILIDAD

FECHA SOLICITUD: _____

SOLICITANTE: _____

DIRECCIÓN: _____

ROL DE AVALUO- S.I.I: _____ TELEFONO: _____

E-MAIL: _____

RECEPCION DEFINITVA EDIFICACION: _____

MOTIVO: _____

FIRMA SOLICITANTE



Ilustre Municipalidad de Zapallar
Dirección de Obras

(Comprobante Contribuyente)

SOLICITUD CERTIFICADO DE INHABILIDAD

FECHA : _____ ROL DE AVALUO- S.I.I: _____

RECEPCION DOM