



DIRECCION DE OBRAS MUNICIPALES  
I. MUNICIPALIDAD DE PUERTO VARAS

N° INGRESO

FECHA

## SOLICITUD DE INHABITABILIDAD

### IDENTIFICACION DEL INTERESADO

Nombre: \_\_\_\_\_

R.U.T: \_\_\_\_\_

Fono: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

Mail: \_\_\_\_\_

### IDENTIFICACION DE LA PROPIEDAD

Calle o camino: \_\_\_\_\_

Número: \_\_\_\_\_

Loteo o población: \_\_\_\_\_

Rol: \_\_\_\_\_

### Observaciones

---

---

---

---

---

- SE DEBE COMPLETAR EL FORMULARIO CON TODOS LOS ANTECEDENTES SOLICITADOS
- EN CASO DEL CROQUIS DE UBICACIÓN ESTE SE PUEDE AGREGAR IMAGEN E GOOGLE MAP O SIMILAR.
- UNA VEZ COMPLETADA ENVIAR LA SOLICITUD AL CORREO [vrojas@ptovaras.cl](mailto:vrojas@ptovaras.cl)