

**DIRECTOR GENERAL DE AGUA POTABLE Y
SANEAMIENTO DE XALAPA, VER.
P R E S E N T E.**

No. De Cuenta _____

Por este medio solicito a Usted de la manera más atenta una inspección para
alcantarillado sanitario a mi domicilio en la calle _____
número exterior _____ lote _____ manzana _____
Entre las calles _____ y _____
de la Colonia _____
No. de Teléfono _____.

Conexión drenaje sanitario ()

Eliminar pago drenaje sanitario ()

Esperando contar con su amable apoyo, quedo de Usted

Xalapa, Ver; a ____ de _____ de 2016

Atentamente

C. _____

Nombre y firma del solicitante
Propietario o Gestor (Copia del INE)

AREA EXCLUSIVA PARA CMAS:

P IS DM R C I

PT _____ MTS. PC _____ MTS. B _____ MTS.

CAL _____ MTS. ASF _____ MTS. AD _____ MTS.

OBSERVACIONES:

SUPERVISOR:


FECHA:

SOLICITUD DE INSPECCIÓN DRENAJE SANITARIO

Estimado usuario:

Para poder gozar del servicio de drenaje sanitario, es necesario que realice un contrato con nosotros y para la elaboración del mismo, necesitamos los siguientes requisitos:

- Copia del último recibo de agua pagado.
- Formato de solicitud** de contrato de toma CMAS (llenar y firmar).
- 1 copia de **identificación oficial** del propietario (Ine, Pasaporte O Cartilla Militar).
- 2 copias de **croquis de localización** del domicilio (indicando la mayor cantidad de calles, referencias cercanas y avenidas aledañas, ubicación y características del domicilio).

 **Ingresar toda esta documentación en la Dirección General ubicada en la Av. Miguel Alemán No.109 Col. Federal.**

**-HORARIO DE ATENCION PARA REGISTRO DE SOLICITUDES
DE: 9:00 AM A 15:00 PM DE LUNES A VIERNES.**

-TELEFONO: 237-03-00 ext.227

-TIEMPO APROXIMADO DE TRÁMITE: CINCO DIAS HABLES A PARTIR DE LA FECHA Y QUE LOS DOCUMENTOS SE ENCUENTREN EN EL DEPARTAMENTO DE FACTIBILIDADES Y BIEN DOCUMENTADOS.

Gracias.