



Solicitud de Certificación para la Prevención de Incendios y/o Licencia Sanitaria

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

TIPO DE CERTIFICACIÓN A SOLICITAR

Certificación para la Prevención de Incendios Licencia Sanitaria

INFORMACIÓN DEL PROPONENTE ¹

Nombre*:	Organización:		
Dirección Postal*:			
Municipio / Ciudad*:	Estado:	País*:	Código Postal*:
Teléfono Principal*:	()- -	Correo Electrónico*:	

INFORMACIÓN DE DUEÑOS Y ARRENDATARIOS

Tipo de Dueño*:	<input type="checkbox"/> Persona Natural (Individuo)	<input type="checkbox"/> Persona Jurídica (Organización) – EIN:	-
Nombre de Dueño*:	Últimos cuatro números seguro social:		
Nombre de Arrendatario(s):	Organización:		

INFORMACIÓN DEL REPRESENTANTE Y/O CONTACTO PARA FACILITAR LA INSPECCIÓN ²

Nombre*:	Organización:		
Dirección Postal*:			
Municipio / Ciudad*:	Estado:	País*:	Código Postal*:
Teléfono Principal*:	()- -	Correo Electrónico*:	

DATOS DEL USO Y LA LOCALIZACIÓN FÍSICA

Número de Catastro*:	- - - - -	Calle / Carretera*:	
Nombre del Proyecto/Local:		Número / Kilómetro*:	Unidad / Apartamento:
Tipo de Uso*:		Sector o Urbanización*:	
Permiso de Uso a Inspeccionar*:		Barrio*:	
Descripción o Puntos de Referencia*:		Municipio*:	
		Código Postal:	

DETALLES DEL ESTABLECIMIENTO

Cantidad de Plantas/Niveles*:	Área Bruta de Construcción*:	Pies Cuadrados (pies ²)
Material de Construcción*:		
<input type="checkbox"/> Hormigón Armado <input type="checkbox"/> Hormigón Armado y Bloques <input type="checkbox"/> Madera y Combinaciones <input type="checkbox"/> Acero Estructural <input type="checkbox"/> Otros: _____		

DETALLES PARA LA CERTIFICACIÓN PARA LA PREVENCIÓN DE INCENDIOS

Esta información sólo aplica en caso que se solicite la Certificación para la Prevención de Incendios.

Descripción de los Medios de Salida:

DETALLES PARA LA LICENCIA SANITARIA

Esta información sólo aplica en caso que se solicite la Certificación de Salud Ambiental.

¿Pozo Séptico?*	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Instalaciones Sanitarias*:	<input type="checkbox"/> Alcantarillado Sanitario <input type="checkbox"/> Tanque de Retención <input type="checkbox"/> Otros: _____
¿Agua Caliente?*	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Tanque Séptico con Pozo Filtrante	<input type="checkbox"/> Tanque Séptico con Lechos de Percolación <input type="checkbox"/> Tanque Séptico con Trincheras de Percolación

DECLARACIÓN

En casos certificados a radicarse presencialmente este documento debe ir sellado por el proyectista y firmado por un representante de servicio .

He evaluado, cumplimentado, revisado y aceptado la información que antecede. Declaro que la misma es veraz, correcta y completa. AFIRMO y RECONOZCO las consecuencias de presentar información falsa o incompleta sobre la acción propuesta.

NOMBRE DEL PROPONENTE

FIRMA DEL PROPONENTE

FECHA

NOMBRE DEL FUNCIONARIO

FIRMA DEL FUNCIONARIO

FECHA

Se le enviará notificación de resultado de inspección por correo electrónico (e-mail). Al recibo de esta notificación tendrá 15 días calendario, venciendo en la fecha de re-inspección, para que cumpla con cada uno de los requerimientos señalados. El incumplimiento de este término será causa suficiente para archivar el caso. Este término no será prorrogable a menos que medie justa causa, en cuyo caso deberá solicitar tiempo adicional por escrito dentro de este mismo término. El cumplir con las condiciones aquí indicadas no le exime que el Cuerpo de Bomberos de Puerto Rico ni el Departamento de Salud realice una inspección en cualquier momento razonable para velar por que se cumpla con la Reglamentación Vigente, incluyendo lo establecido en el Reglamento Conjunto.