

**EMPRESA PÚBLICA - EMPRESA MUNICIPAL DE AGUA POTABLE
Y ALCANTARILLADO DE AMBATO**



**SOLICITUD PARA CAMBIO DE CATEGORIA POR
DISCAPACIDAD**

FORMATO GRATUITO

Ambato, _____
día mes año

Señor
GERENTE GENERAL
EMPRESA PÚBLICA-EMPRESA MUNICIPAL DE AGUA POTABLE Y ALCANTARILLADO DE AMBATO
Presente.-

De mis consideraciones:

Yo, por mis propios derechos; o como representante legal de, conforme se establece en el nombramiento que adjunto, con C.I. o R.U.C. No, No. de cuenta..... No. de carné del CONADIS....., y con domicilio principal en:

Parroquia _____	Manzana o Bloque _____
_____	Calle Principal _____
Sector _____	_____
_____	No. de casa _____
Barrio _____	Intersección _____
No. de teléfono _____	_____

Comparezco ante usted, para acogerme al beneficio establecido en el artículo 79 de la Ley de Discapacidades por pertenecer a este grupo de atención prioritaria; y, solicitar la rebaja en la tarifa y el cambio de categoría en el servicio de agua potable y alcantarillado.

CONDICION ACTUAL DE USUARIO	
Propietario	<input type="checkbox"/>
Arrendatario	<input type="checkbox"/>
Ocupante	<input type="checkbox"/>

SE ADJUNTA:
<input type="checkbox"/> Copia de la Cédula y Papeleta de Votación
<input type="checkbox"/> Copia de RUC, Cédula y Papeleta de votación, Nombramiento (<i>Repres. Legal</i>)
<input type="checkbox"/> Copia del carné de CONADIS
<input type="checkbox"/> Copia de Escritura o doc. Legal habilitante (<i>Propietario</i>)
<input type="checkbox"/> Copia del Contrato de arrendamiento inscrito en la sección inquilinato del GADMA (<i>Arrendatario</i>)
<input type="checkbox"/> Copia de Declaración Juramentada ante Notario o Juez de lo Civil aclarando el porque de la situación (<i>ocupante</i>)
<input type="checkbox"/> Copia certificada de la Normativa Interna en la que conste en sus Objetivos y/o misión el cuidado de personas discapacitadas (<i>personas jurídicas</i>)
<input type="checkbox"/> Copia de la última carta de pago al día del agua

CROQUIS:

.....
Firma del Solicitante
C.I.