

San Salvador Centro, ____ de _____ de ____

Sr(a) Director(a) de la Oficina de Planificación del Área Metropolitana de San Salvador
Presente

_____, con número de DUI /
Pasaporte / Carnet de residente _____ por este medio solicito **ASESORÍA TÉCNICA**
según el siguiente detalle:

- | | | | |
|--------------------------|--|--------------------------|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | Revisión de Plan Maestro | <input type="checkbox"/> | Prefactibilización |
| <input type="checkbox"/> | Revisión de Plan Parcial | <input type="checkbox"/> | Diseño Urbano |
| <input type="checkbox"/> | Viabilidad de uso de suelo | <input type="checkbox"/> | Estudio de Mercado |
| <input type="checkbox"/> | Cambio de clasificación del suelo | <input type="checkbox"/> | Valoración patrimonial |
| <input type="checkbox"/> | Mejor y mayor uso: Cambio de uso de suelo | <input type="checkbox"/> | Informes Técnicos individuales |
| <input type="checkbox"/> | Mejor y mayor uso: Impermeabilización mayor al excedente | | |
| <input type="checkbox"/> | Otros: | | |

Nombre del proyecto: _____

Dirección del inmueble: _____

Distrito / Municipio: _____

Área del terreno: _____

Datos del propietario/a del inmueble

Nombre: _____

Número de DUI: _____

Correo electrónico: _____

Número telefónico: _____

Datos del propietario/a del proyecto

Nombre: _____

Número de DUI: _____

Correo electrónico: _____

Número telefónico: _____

Datos del solicitante

Correo electrónico:

Número telefónico:

Datos para recibir notificaciones

Correo electrónico:

Número telefónico:

Aclaración o extensión a lo solicitado:

Declaro que (marque una opción):

- NO tengo vínculos de parentesco (hasta el cuarto grado de consanguinidad o segundo de afinidad) ni relaciones comerciales con funcionarios que participan en la evaluación o aprobación de este servicio.
- Sí, tengo un vínculo con el funcionario _____, el cual declaro en este acto para los fines de transparencia correspondientes.

Firma del solicitante