



**UNIDAD MUNICIPAL DESCONCENTRADA  
AGUAS DE SIGUATEPEQUE**

**SOLICITUD DE SUSPENSIÓN TEMPORAL DEL SERVICIO**

**FECHA:**

**NOMBRE DEL CLIENTE:**

**NUMERO DE IDENTIDAD:**

**NUMERO DE CUENTA O CLAVE CATASTRAL:**

**NÚMERO DE TELEFONO:**

**DIRRECCIÓN EXACTA:**

**USO DEL SERVICIO:** RESIDENCIAL \_\_\_\_ COMERCIAL \_\_\_\_ INDUSTRIAL \_\_\_\_ GOBIERNO \_\_\_\_

**SERVICIO:** AGUA POTABLE \_\_\_\_ ALCANTARILLADO SANITARIO \_\_\_\_

Por medio de la presente solicito a la Unidad Municipal Desconcentrada "Aguas de Siguatepeque" la suspencion temporal del servicio de Agua Potable o Alcantarillado Sanitario en mi propiedad, debido a la siguiente:

**TIEMPO DE SUSPENSIÓN 6 MESES**

Atentamente;

\_\_\_\_\_  
Firma del cliente