



**UNIDAD MUNICIPAL DESCONCENTRADA  
AGUAS DE SIGUATEPEQUE**

**SOLICITUD DE TRASLADO - AGUA POTABLE O ALCANTARILLADO SANITARIO**

**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 \_\_\_\_

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

Atentamente;

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