



FORMULARIO DE ZONIFICACIÓN / HABILITACIÓN

zárate!

Municipalidad de Zárate

DATOS DEL CONTRIBUYENTE

Fecha: _____

Apellido y nombres o razón social _____

CUIT _____

Persona física Teléfono _____ Email _____

Persona Jurídica / Soc. de Hecho Tipo de Sociedad _____

Nómina de integrantes de la sociedad

Apellido y nombres	CUIT / N° DNI	Domicilio part.	Carácter de la represent.	Tel.	Email

DETALLE DE ACTIVIDADES

Según nomenclador Anexo 1 Ordenanza Impositiva

Código actividad principal _____ Descripción _____

Código actividad secundaria _____ Descripción _____

_____ Descripción _____

Información detallada sobre actividades nombradas, de corresponder

Cantidad de personal en relación de dependendencia _____

Sucursal _____

Legajo _____ Domicilio comercial _____

DATOS DEL LOCAL COMERCIAL

Zonificación según Ord. 3125/97. Código de Planeamiento.

Ubicación

Calle _____ N° _____ Piso _____ Dto. _____

Nomenclatura Catastral

Circ. _____ Secc. _____ Chac. _____ Manz. _____ Parc. _____ Subp. _____

Área _____

Subárea _____

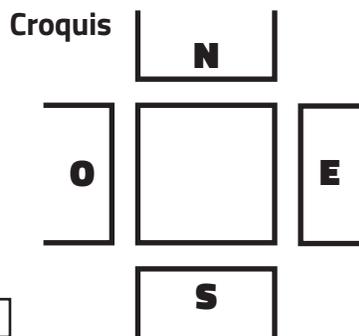
Zona _____

Uso Permitido **SI NO**

Superficie total _____ m²

Superficie cubierta _____ m²

Inmueble. N° Cuenta Municipal: _____



Firma y Sello
Sec. Desarrollo Económico

La aceptación de la consulta de zonificación no implica la habilitación del local.

El día / / en mi carácter de ingreso trámite por Mesa de Entradas, solicitando se de inicio a la solicitud de zonificación.

Firma: _____

Aclaración: _____

En fecha / / , retiro copia del presente informe:

Firma: _____

Aclaración: _____

El certificado de USO CONFORME tendrá una validez de 6 (seis) meses, a partir de la fecha de notificación del presente informe. Vencido dicho plazo, el Certificado perderá su validez, como así también la documentación que lo acompañaba; deberá comenzar una nueva consulta de zonificación.



zárate!

Municipalidad de
Zárate

CERTIFICACIÓN LIBRE DEUDA

Secretaría de Economía / Dirección Gral. de Ingresos Públicos.

	No registra deuda al	CUENTA
Alumbrado e Higiene Urbana	<input type="text"/>	
Red Vial	<input type="text"/>	
Prevención y Control	<input type="text"/>	
Servicios Sanitarios	<input type="text"/>	

Firma y Sello
Dir. Gral. de IIPP

Liquidación de Tasa de Habilitación (Capítulo III Ord. Fiscal)

Valor del activo fijo \$

Desarrollo Actividad especial **SI NO**

Fecha de ingreso: / / Recibo N°

Firma y Sello
Dir. Gral. de IIPP

*El que suscribe
en su carácter de con DNI
afirma que los datos consignados correspondientes al valor del activo declarado precedentemente en este
formulario son correctos y completos, y que esta declaración se ha confeccionado sin omitir ni falsear dato
alguno de deba contener, siendo fiel a la verdad.*

Firma
Domicilio
Teléfono