

**FORMULARIO "SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN EN EL REGISTRO DE OPERADORES DE SERVICIOS SANITARIOS RURALES APLICABLE A OPERADORES MUNICIPALES"**

El siguiente Formulario aplica para **los Operadores Municipales** que a la entrada en vigencia de la ley (20 noviembre del 2020), estén prestando el servicio sanitario rural. Se debe completar con la información requerida y entregar la documentación necesaria sobre los antecedentes administrativos y técnicos del punto 4 del presente instructivo.

**I. UBICACIÓN DEL SERVICIO SANITARIO RURAL**

<b>REGIÓN</b>	
<b>PROVINCIA</b>	
<b>COMUNA</b>	
<b>LOCALIDAD</b>	

**II. IDENTIFICACIÓN DE LA ORGANIZACIÓN QUE ADMINISTRA EL SERVICIO SANITARIO RURAL**

<b>NOMBRE</b>	
<b>RUT</b>	
<b>ROL ÚNICO TRIBUTARIO</b>	
<b>DOMICILIO</b>	
<b>CORREO ELECTRÓNICO</b>	
<b>TELÉFONO CONTACTO</b>	

**III. IDENTIFICACIÓN DEL REPRESENTANTE LEGAL DE LA ORGANIZACIÓN (tanto para el caso de representación legal o convencional)**

<b>NOMBRE</b>	
<b>RUT</b>	
<b>ACTIVIDAD O PROFESIÓN</b>	
<b>DOMICILIO</b>	
<b>CORREO ELECTRÓNICO</b>	
<b>TELÉFONO CONTACTO</b>	

**IV. ANTECEDENTES ADMINISTRATIVOS DE LA ORGANIZACIÓN QUE ADMINISTRA EL SERVICIO SANITARIO RURAL:**

<b>DOCUMENTO (S)</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>
Documento que contenga el acto en que conste la voluntad de incorporarse al Registro de Operadores de Servicios Sanitarios Rurales.		
Decreto de asunción del cargo de Alcalde.		
Listado de usuarios del servicio sanitario rural prestado por la Municipalidad.		

**IV. ANTECEDENTES TÉCNICOS DE LA ORGANIZACIÓN QUE ADMINISTRA EL SERVICIO SANITARIO RURAL**

<b>DOCUMENTO (S)</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>
Documento en el cual se indique número de arranques de agua potable y uniones domiciliarias de aguas servidas existentes.		
Identificación de las fuentes de abastecimiento de agua y derechos de aprovechamiento.		
Plano del territorio o área atendida, con indicación de las coordenadas tomadas conforme al sistema de medición que determinará la Subdirección.		

-----  
**REPRESENTANTE LEGAL ORGANIZACIÓN**

-----  
**SUBDIRECCIÓN REGIONAL SSR**

**FECHA DE RECEPCIÓN:** -----