|  |  |
| --- | --- |
| ID - DOCN° |  |

SOLICITUD SUSPENSIÓN TEMPORAL AÑO 2025

(Ordenanza N° 59, Título III, Artículo 9°)

(Ordenanza N° 114, Título VII, Artículo 39°)

1. **ANTECEDENTES DEL TITULAR**

|  |  |
| --- | --- |
| NOMBRE COMPLETO |   |
| RUT |   |
| DOMICILIO |  |
| NÚMERO DE PATENTE (ROL) |   |
| TELÉFONO |   |
| CORREO ELECTRÓNICO PARA NOTIFICACIÓN Y COMUNICACIÓN**(CAMPO OBLIGATORIO)** |   |

1. **ANTECEDENTES DE LA SOLICITUD**

|  |  |
| --- | --- |
| PERIODO SOLICITADO (máximo 15 días hábiles) |  |

1. **DOCUMENTOS ADJUNTOS**

|  |  |
| --- | --- |
| FOTOCOPIA CÉDULA DE IDENTIDAD **VIGENTE** POR AMBOS LADOS **(OBLIGATORIO).** |  |
| FOTOCOPIA PATENTE **VIGENTE** **(OBLIGATORIO).** |  |
| INFORME MÉDICO ACTUALIZADO (sólo en casos de enfermedad) |  |
| CARTA PODER FIRMADA ANTE NOTARIO PÚBLICO PARA **TRÁMITE EXCLUSIVO DE LA ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE SANTIAGO** (sólo en casos que el titular actúe a través de representación). |  |

1. **DE LA NOTIFICACIÓN DEL RESULTADO DE SU SOLICITUD**

  (Marcar X).

Manifiesto mi voluntad de que la respuesta a mi solicitud **NO SEA** notificada a mi correo electrónico informado en el **punto 1** del presente formulario, si no, en mi ubicación autorizada, o en último caso, mediante carta certificada.

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 **FIRMA TITULAR**