



Municipalité Les Escoumins
2, rue Sirois
Les Escoumins
G0T 1K0

Téléphone:(418) 233-2766
Télocopieur:(418) 233-3273

Demande certificat d'autorisation

Demande débutée le: _____ Demande complétée le: _____ **No demande**

Saisie par: _____

Type de permis: **Projet d'aménagement**

Nature: _____

Identification

Propriétaire

Nom: _____
 Adresse: _____
 Ville: _____
 Code postal: _____
 Téléphone: _____

Demandeur

Nom: _____
 Adresse: _____
 Ville: _____
 Code postal: _____
 Téléphone: _____

Emplacement

Matricule: _____ Code d'utilisation: _____
 Adresse: _____ Code d'utilisation projetée: _____
 Zones: _____ Frontage: _____
 Lot distinct: Profondeur: _____
 Superficie: _____
 Code de zonage: _____ Nombre de logements: _____
 Secteur d'inspection: _____ Année construction: _____
 Service: _____ Nombre d'étages: _____
 Cadastre: _____ Aire de plancher m²: _____
 Nombre d'unités touchées: _____

Travaux

Exécutant des travaux

Nom: _____
 Adresse: _____
 Ville: _____
 Code postal: _____
 Tél.: _____
 Téléc.: _____
 No RBQ: _____
 No NEQ: _____

Responsable

Nom: _____
 Tél.: _____
 Date début des travaux: _____
 Date prévue fin des travaux: _____
 Date fin des travaux: _____
 Valeur des travaux: _____

Description des travaux

Signature du demandeur

Signature du demandeur _____ Date: _____
