

**DIVISIÓN DE SALUD AMBIENTAL DEL
DEPARTAMENTO DE SALUD DEL CONDADO DE
MONTEREY**

UNA APLICACIÓN POR APN: PERFORACIONES DE SUELO GEO TECH

Fecha de solicitud: ___/___/___ Fecha estimada de la obra: Inicio ___/___/___ Final ___/___/___

- Perforación de suelo: \$ 241.00 por sitio / para las primeras tres perforaciones (PE5270), \$ 112, por perforación adicional para cada APN (PE5271)

Total # de S.B.: _____

Dirección del Sitio/Sitio de Trabajo			
Nombre de la empresa:			
Dirección física del sitio:			
Ciudad, Estado, Código Postal:			
Coordenadas APN o GPS:		Pozo #:	
Dueño de la propiedad			
Dueño:			
Dirección postal:			
Ciudad, Estado, Código Postal:			
Número de teléfono:			
Consultor			
Consultor:			
Persona de Contacto:			
Dirección postal:			
Ciudad, Estado, Código Postal:			
Número de teléfono:	() -	Dirección de correo electrónico:	
Taladradora			
Taladradora:			
Dirección postal:			
Ciudad, Estado, Código Postal:			
Número de teléfono:	() -	C-57:	

A esta solicitud deberá ir acompañada de un mapa con los siguientes datos :

- 1- Los límites de la propiedad, las distancias del pozo/perforación del suelo propuesto a los límites de la propiedad, otros pozos o perforaciones en la propiedad y las propiedades adyacentes.
- 2- La ubicación del pozo/perforación del suelo propuesto debe estar marcada en el sitio por una estaca del topógrafo con las palabras "pozo propuesto/perforación del suelo".
- 3- Un plan de trabajo y un plan de seguridad del sitio también deben acompañar a las aplicaciones de perforación de pozos y suelos.

MOTIVO DE LA INSTALACIÓN:

MONTEREY COUNTY - OFFICE USE ONLY

PERMIT _____ **INV. NO.** _____

AMOUNT PAID: _____

CHECK # _____

DATE PAID _____

- | | | | |
|----------------------------------------------|-------------------------------------------------------|--------------------------------------|------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> -Monitoreo de Aguas | <input type="checkbox"/> -Extracción de vapor | <input type="checkbox"/> -Piezómetro | <input type="checkbox"/> -Perforación de |
| <input type="checkbox"/> Subterráneas | <input type="checkbox"/> -Pozo de protección catódica | <input type="checkbox"/> -Otro: | suelos/muestreo de testigos |
| -Zona vadosa | | | |

Especificaciones propuestas:

Profundidad (pies): Diámetro (pulgadas): Ancho del sello (pulgadas): Perforaciones de profundidad:

Cubierta:

Sencillo/Doble Material: Tipo de

Método de perforación

- -Cable - -Otro:

Ubicación de los sellos de pozos: (pies) _____

Pozos existentes en la propiedad: Marque uno

Condición de otros pozos en la propiedad:	<input type="checkbox"/> -En uso	<input type="checkbox"/> -Inactivo	<input type="checkbox"/> -Abandonado
Indique las intenciones de uso del pozo reemplazado:	<input type="checkbox"/> -Ser abandonado	<input type="checkbox"/> -Quedar DEJADO	<input type="checkbox"/> -Para complementar pozo nuevo
	<input type="checkbox"/> -inactivo		<input type="checkbox"/> -Riego (AG)

- **DESTRUCCIÓN DE POZOS**

- **DESTRUCCIÓN DE LA PERFORACIÓN DEL SUELO**

Envíe el registro del pozo con la solicitud y un plano del sitio. Profundidad del pozo/perforación (pies) ____ Profundidad de los sellos propuestos (pies):

Materiales a utilizar: _____

Ubicación de pantallas o perforaciones: _____

Por la presente, acepto cumplir con todas las leyes y regulaciones del Condado de Monterey y el Estado de California relacionadas con la construcción y destrucción de pozos / suelos. Me pondré en contacto con el Departamento de Salud del Condado de Monterey antes de comenzar el trabajo. Después de completar el trabajo, proporcionaré al Departamento de Salud del Condado de Monterey un registro, firmado y sellado por un profesional certificado. Un profesional certificado también supervisará directamente todas las operaciones de perforación. Por la presente, acepto que no comenzaré a trabajar hasta que tenga un permiso válido y que notificaré al Departamento de Salud del Condado de Monterey si cambio la ubicación del pozo/sitio de perforación. Por la presente, acepto pagar todas las tarifas en el momento de la solicitud y cualquier tarifa posterior que pueda acumularse.

Se deben obtener las firmas de todos los representantes legales **antes de que se emita un permiso.**

Impresión del propietario: _____

Firma del dueño de la propiedad:

Fecha:

Si está firmado por un representante autorizado en lugar del propietario, presente un comprobante de autorización

Impresión del contratista de perforación: _____

Firma del contratista de perforación: _____

Fecha: _____

Imprimir nombre: _____

Fecha: _____

Círculo Uno: Geólogo Colegiado / Ingeniero Civil

Número de certificación:

Envíe por correo su paquete de solicitud de MW/SB junto con su cheque a: Departamento de Salud del Condado de Monterey - Salud Ambiental

1270 Natividad Road
Salinas, CA 93906
www.mtyhd.org
Preguntas: (831) 755-4511

