



TOWN OF ISLIP
655 Main St., Islip NY 11751

LINDA D. VAVRICKA
Town Clerk & Registrar

**Solicitud de licencia de depósito de
chatarra**

Nombre del solicitante: _____
(Individuo, Asociación, Sociedad o Corporación)

Teléfono : _____

Si no es un individuo, enumere todos los miembros de la Asociación, socios o funcionarios corporativos, así como cualquier persona que tenga un interés económico en el negocio como accionista o en cualquier otra capacidad con la dirección de residencia de cada persona.

Nombre	Relación con el solicitante	Dirección

Nombre de la empresa (si es diferente del solicitante): _____

Fecha de formación de la Asociación, Sociedad o Corporación: _____

Lugar de negocio (incluya áreas de almacenamiento): _____

Debe proporcionar una inspección de la propiedad que muestre las áreas que se utilizarán para los negocios y el área específica para **cada** uso.

Clasificaciones de zonificación del Lugar de Negocio: _____

¿El negocio está a 500 pies de una iglesia, escuela, hospital, edificio público o lugar de reunión pública?

☐ Sí

☐ NO

Si Sí, especifique: _____

Tipo de negocio (por ejemplo, compra y/o venta de tipos de chatarra, etc.): _____

¿Usted o algún socio/miembro/oficial/director ha sido condenado alguna vez por un crimen?

☐ Sí

☐ NO

Si Sí, especifique: _____

FECHA Y LUGAR DE CARGO/ARRESTO	DIGA SI ES DELITO GRAVE/DELITO MENOR	FECHA DE CONDENA	SENTENCIA IMPUESTA

1. Yo (Nosotros) no emplearé (mos) a ningún niño menor de dieciséis (16) años de edad. ☐ Sí ☐ NO
2. Yo (Nosotros) comencé (amos) las operaciones de chatarra el día: _____
3. El local descrito mencionado en #2, por primera vez fue usado para propósitos de depósito de chatarra en, fecha: _____
4. ¿Tiene usted la intención de buscar una modificación de los requisitos de cercado establecidos en el Código del Municipio de Islip §29-90?

☐ Sí ☐ NO

Si sí, dar detalles: _____

5. ¿Tiene la intención de buscar un cambio de clasificación de Zonificación a Industrial II y un Permiso Especial de la Junta del Municipio de Islip?

☐ Si ☐ NO Si sí, adjunte una copia de la Aplicación de Zonificación.

POR ESTE MEDIO JURO QUE LAS RESPUESTAS AQUÍ CONTENIDAS Y LA INFORMACION SUMINISTRADA CON ESTA APLICACIÓN SON VERDADERAS A MI MEJOR CONOCIMIENTO Y CREENCIA.

ENTIENDO QUE LAS DECLARACIONES FALSAS HECHAS EN ESTE DOCUMENTO SUMINISTRADAS CON ESTA SOLICITUD SON SANCIONABLES COMO UN DELITO MENOR DE CLASE "A" DE ACUERDO CON LA SECCIÓN 210.45 DE LA LEY PENAL DEL ESTADO DE NUEVA YORK.

* LAS DECLARACIONES FALSAS HECHAS EN ESTE DOCUMENTO SERÁN MOTIVOS DE NEGACIÓN DE LICENCIA *

SIGNATURE OF APPLICANT
SWORN BEFORE ME THIS
(FIRMA DEL SOLICITANTE JURADO ANTE MÍ ESTE)

DAY OF (DÍA DE) _____ 20____

NOTARY PUBLIC
(NOTARIO PÚBLICO)

**** OFFICE USE ONLY ****

**** SÓLO PARA USO DE OFICINA ****

License # _____ Fee: _____ Receipt # _____

Date Issued: _____ Zoning Approval: _____ Planning Approval: _____