



Town of Kearny

Department of Public Health • Walter J. Nicol Health Center
645 Kearny Avenue, Kearny, NJ 07032
Phone: 201-997-0600 • Fax: 201-997-9703
www.kearnynj.org

APLICACIÓN DE INSPECCIÓN PREVIA A LA DEMOLICIÓN

Dirección del Sitio: _____ Bloque: _____ Lote: _____
Nombre del Dueño de la Propiedad: _____
Dirección del Dueño de la Propiedad: _____
Teléfono: _____ Email: _____ Fax: _____
Dirección Postal (si corresponde): _____
Nombre del Operador de Control de Plagas: _____ Número de Licencia Estatal: _____
Nombre Comercial de la Operación de Control de Plagas con Licencia: _____
Dirección de la Operación de Control de Plagas: _____
Teléfono: _____ Email: _____ Fax: _____
Fecha Inicial de Tratamiento: _____ Tipo de Cebo(s): _____

SE DEBEN ADJUNTAR LOS REPORTE(S) DEL SERVICIO DE CONTROL DE PLAGAS CON ESTA APLICACIÓN.

Ubicación de los Cebos:

N

O



E

S

Nombre del Solicitante (Imprimir): _____ Firma: _____ Fecha: _____

USO DE OFICINA ÚNICAMENTE

Inspector's Initials: _____ Initial Inspection Date: _____ Final Inspection Date: _____

Remarks: _____

Re-Inspection: Yes * No

*If yes, then property owner must provide receipt of second treatment.

Approved/Denied: _____ Approval Date: _____

Inspector's Signature: _____

LA APROBACIÓN DEL DEPARTAMENTO DE SALUD EXPIRA DOS SEMANAS DE LA FECHA DE APROBACIÓN INDICADA ANTERIORMENTE. ESTA APLICACIÓN DEBE PRESENTARSE A EL CUMPLIMIENTO CÓDIGO DE CONSTRUCCIÓN ANTES DE SU VENCIMIENTO.