**City of Santa Fe, New Mexico**
**Solid Waste Division - Refuse service**

**MEDICAL CERTIFICATION**
**For the Special Refuse Collection Service**

RECYCLE SANTA FE

I, ______________________________________, hereby certify that I am the person receiving
(**NAME OF PERSON RECEIVING SERVICES)**

refuse service at ______________________________ and am seriously or chronically ill. I
**(SERVICE ADDRESS)**

understand that if I move to another location I must contact solid waste to inform them of the changes. No one in the household can take the refuse to the curb.

**X**_______________________________ ________________________ _________________
(**CUSTOMER SIGNATURE)** **(DATE)** **(TELEPHONE NO.)**

>>>>>>>>>>>>>>>>>>>>>>>>>>>>>>>>>>>>>>>>>>>>>>>>>>>>>>>>>>>>>>>>>>>>>>>>>>>>>>>>>>>>

I, _______________________________, certify that I am a licensed physician, physician's
**(Dr. or Dr's Representative)**

assistant or certified nurse practitioner who holds license number ______________, and that

on ________________ I examined _________________________________________ who I am
**(DATE)** **(NAME PERSON TO RECEIVE SERVICE)**

informed resides at ___________________________________. Said person is seriously or
**(SERVICE ADDRESS)**

chronically ill with _____________________________________________________________.
**(DESCRIBE MEDICAL CONDITION)**

_________________________________ _________________________________
**(Signature of Dr. or Dr's Rep. )** **(Date)**

_________________________________ _________________________________
**(Office Telephone #)** **(Office Address)**

**Municipio de Santa Fe, Nuevo México**
**División de Residuos Sólidos - servicio de basura**

**Certificación Expedida en Medico**
**Para el servicio de recogida de basuras especiales**

Yo, ________________________________________, la presente certifico que soy la persona
**(Nombre de la persona que recibe servicios)**
que recibe servicios de negarse a las ________________________________ y soy serio o con
**(Dirección de Servicio)**
enfermedades crónicas. Entiendo que si me mudo a otro lugar he de ponerte en contacto con los residuos sólidos para infomr de los cambios. Nadie en el hogar puede tener la basura a la acera.

**X**_______________________ ___________________ ___________________
**(firma del cliente)** **(Fecha)** **(Número de teléfono)**

>>>>>>>>>>>>>>>>>>>>>>>>>>>>>>>>>>>>>>>>>>>>>>>>>>>>>>>>>>>>>>>>>>>>>>>>>>>>>

Yo, __________________________________ certifico que soy un médico con licencia,
**(Representante del Dr. o Dra.'s)**
asistente del médico o enfermera certificada que tiene _________________, número de licencia y que en _______________, examiné ____________________________________________
**(Nombre de la persona para recibir servicios)**
que me ha informado reside en ______________________________. Dicha persona está
**(Dirección de Servicio)**
gravemente o te enfermos con _________________________________________________.
**(Describir enfermedad médica)**

________________________________ _________________________
**(Firma del Dr. O Dr. Representante)** **(Fecha)**

________________________________ _________________________
**(Número de Teléfono de la oficina)** **(Dirección de la oficina)**