تم تصميم هذا النموذج لتسهيل الامتثال لمتطلبات الكشف عن تحديث منطقة الموارد الطبيعية لمنطقة النيتروجين الحساسة الواردة في 310 CMR 15.215 (4).

يتطلب 310 15.215 CMR (4) من مالكي أنظمة الصرف الصحي في الموقع، أو الأنظمة المقترحة، تحديد ما إذا كانت ممتلكاتهم (المنشأة) موجودة في منطقة محددة حساسة للنيتروجين. أعدت إدارة ماساتشوستس وأتاحت على موقعها الإلكتروني خريطة البحث عن عنوان المنطقة الحساسة للنيتروجين والتي تصور المناطق الحساسة للنيتروجين داخل الكومنولث.

قبل أي نقل لسند الملكية للممتلكات التي توجد بها المنشأة، يجب على الناقل أن يكشف إلى المنقول إليه ومجلس الصحة المحلي عما إذا كانت المنشأة تخضع لتحديث يتطلب أفضل تقنية متاحة لتقليل النيتروجين.

عنوان المنشأة: (#، الشارع، المدينة)

اسم الناقل: (الأول، الأخير)

اسم المنقول إليه: (الأول، الأخير)

مجلس الصحة: (المدينة)

أصرح أنا، [اسم الناقل]، بموجب هذا لـ [اسم المنقول إليه] أنه اعتبارًا من [التاريخ]، تشير خريطة البحث عن عنوان المنطقة الحساسة للنيتروجين التابعة لإدارة ماساتشوستس إلى أن المنشأة تقع في (عنوان المنشأة):

\_\_\_\_\_ يقع في منطقة حساسة للنيتروجين في منطقة الموارد الطبيعية ويخضع للمتطلبات الواردة في (انظر 310 15.215 CMR (2) ((aو (b))للتطوير إلى أفضل تقنية متاحة لتقليل النيتروجين.

\_\_\_\_ يقع في منطقة حساسة للنيتروجين في منطقة الموارد الطبيعية، ولكنه لا يخضع لمتطلبات التطوير إلى أفضل تقنية متاحة لتقليل النيتروجين للأسباب التالية:

\_\_\_\_ يقع نظام الصرف الصحي داخل مستجمع المياه حيث لا يكون شرط التحديث ساري المفعول حاليًا بسبب تقديم إشعار النوايا أو تصريح مستجمعات المياه، أو يقع النظام داخل منطقة تم فيها تقديم إعفاء من الحد الأدنى للحمولة (انظر 310 15.215 CMR (2) ((aو ((b)

\_\_\_\_ وأضيفت تقنية معززة لإزالة النيتروجين إلى نظام الصرف الصحي في [التاريخ]، وهو التاريخ الذي يقع في غضون الفترة الزمنية الموصوفة في 310 15.215 CMR (2) ((h ولم يتقرر بخلاف ذلك أن النظام يحتاج إلى تحديث.

\_\_\_\_ لا يقع في منطقة حساسة للنيتروجين بمنطقة الموارد الطبيعية.

أشهد أنا، [الناقل]، بموجب هذا، على حد علمي، أن المعلومات التي تم الكشف عنها إلى المنقول إليه في هذا النموذج صحيحة ودقيقة.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

توقيع الناقل التاريخ

يشكل توقيع المنقول إليه إقرارًا باستلام نموذج الإفصاح هذا:

توقيع المنقول إليه التاريخ

***يجب تقديم نسخة موقعة من هذا النموذج إلى مجلس الصحة ويشكل توقيع ممثلهم المعتمد إقرارًا بالاستلام:***

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

الممثل المعتمد لمجلس الصحة التاريخ