

ANEXO I

JUNTA DE ANDALUCÍA

CONSEJERÍA DE SALUD

SOLICITUD

AUTORIZACIÓN PARA LA SUPERACIÓN DE LOS NIVELES DE CLORO LIBRE RESIDUAL EN LA RED DE DISTRIBUCIÓN

Decreto/..... de de (BOJA nº de fecha)

1 DATOS DE LA ENTIDAD SOLICITANTE Y DEL/DE LA REPRESENTANTE LEGAL										
ENTIDAD							NIF			
DOMICILIO SOCIAL		TIPO DE VÍA		NOMBRE		Nº	BLOQUE	ESCALERA	PISO	PUERTA
MUNICIPIO						PROVINCIA		C. POSTAL		
TELÉFONO			FAX		CORREO ELECTRÓNICO					
APELLIDOS Y NOMBRE DEL/DE LA REPRESENTANTE LEGAL								DNI/NIE		
DOMICILIO A EFECTOS DE NOTIFICACIÓN		TIPO DE VÍA		NOMBRE		Nº	BLOQUE	ESCALERA	PISO	PUERTA
MUNICIPIO						PROVINCIA		C. POSTAL		
TELÉFONO			FAX		CORREO ELECTRÓNICO					

2 DATOS CONCRETOS DEL TRAMO DE RED	
NOMBRE ZONA ABASTECIMIENTO	NOMBRE DE LA RED DE DISTRIBUCIÓN
<input type="checkbox"/> Red completa. <input type="checkbox"/> Tramo de red. Especificar, en su caso:	

3 DOCUMENTACIÓN ADJUNTA
<input type="checkbox"/> NIF de la entidad solicitante. <input type="checkbox"/> Documentación acreditativa de la representación, en su caso. <input type="checkbox"/> Información y documentación de acuerdo a lo establecido en el artículo 15 de este Reglamento.

4 CONSENTIMIENTO EXPRESO DNI/NIE
<input type="checkbox"/> La persona abajo firmante presta su CONSENTIMIENTO para la consulta de sus datos de identidad a través del Sistema de Verificación de Identidad. <input type="checkbox"/> NO CONSIENTE y aporta fotocopia autenticada del DNI/NIE.

5 SOLICITUD, DECLARACIÓN, LUGAR, FECHA Y FIRMA
<p>La persona abajo firmante DECLARA, bajo su expresa responsabilidad, que son ciertos cuantos datos figuran en la presente solicitud, así como en la documentación adjunta y SOLICITA le sea concedida la autorización.</p> <p>En a de de</p> <p style="text-align: center;">EL/LA REPRESENTANTE LEGAL</p> <p>Fdo.:</p>



ILMO/A. SR/A. DELEGADO/A PROVINCIAL DE LA CONSEJERIA DE SALUD EN

PROTECCIÓN DE DATOS
<p>En cumplimiento de lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, la Consejería de Salud le informa que los datos personales obtenidos mediante la cumplimentación de este documento/impreso/formulario y demás que se adjuntan van a ser incorporados, para su tratamiento, en un fichero automatizado.</p> <p>Asimismo, se le informa que la recogida y tratamiento de dichos datos tienen como finalidad disponer de información tanto de entidades gestoras como de sus representantes legales que cuentan con autorizaciones de carácter sanitario en relación a la distribución de agua de consumo.</p> <p>De acuerdo con lo previsto en la citada Ley Orgánica, puede ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición dirigiendo un escrito a la Delegación Provincial de Salud correspondiente.</p>

ANEXO II

JUNTA DE ANDALUCÍA

CONSEJERÍA DE SALUD

SOLICITUD

AUTORIZACIÓN DE EXENCIÓN O DE REDUCCIÓN POR DEBAJO DEL LÍMITE ESTABLECIDO DE DESINFECTANTE RESIDUAL EN LA RED DE DISTRIBUCIÓN

Decreto/..... de de (BOJA nº de fecha)

1 DATOS DE LA ENTIDAD SOLICITANTE Y DEL/DE LA REPRESENTANTE LEGAL										
ENTIDAD							NIF			
DOMICILIO SOCIAL		TIPO DE VÍA		NOMBRE		Nº	BLOQUE	ESCALERA	PISO	PUERTA
MUNICIPIO						PROVINCIA		C. POSTAL		
TELÉFONO			FAX		CORREO ELECTRÓNICO					
APELLIDOS Y NOMBRE DEL/DE LA REPRESENTANTE LEGAL								DNI/NIE		
DOMICILIO A EFECTOS DE NOTIFICACIÓN		TIPO DE VÍA		NOMBRE		Nº	BLOQUE	ESCALERA	PISO	PUERTA
MUNICIPIO						PROVINCIA		C. POSTAL		
TELÉFONO			FAX		CORREO ELECTRÓNICO					

2 DATOS CONCRETOS DEL TRAMO DE RED	
NOMBRE ZONA ABASTECIMIENTO	NOMBRE DE LA RED DE DISTRIBUCIÓN
<input type="checkbox"/> Red completa. <input type="checkbox"/> Tramo de red. Especificar, en su caso: <input type="checkbox"/> Exención <input type="checkbox"/> Reducción del nivel de CRL por debajo de 0.2 mg/l	

3 DOCUMENTACIÓN ADJUNTA
<input type="checkbox"/> NIF de la entidad solicitante. <input type="checkbox"/> Documentación acreditativa de la representación, en su caso. <input type="checkbox"/> Información y documentación de acuerdo a lo establecido en el artículo 16 de este Reglamento.

4 CONSENTIMIENTO EXPRESO DNI/NIE
<input type="checkbox"/> La persona abajo firmante presta su CONSENTIMIENTO para la consulta de sus datos de identidad a través del Sistema de Verificación de Identidad. <input type="checkbox"/> NO CONSIENTE y aporta fotocopia autenticada del DNI/NIE.

5 SOLICITUD, DECLARACIÓN, LUGAR, FECHA Y FIRMA
La persona abajo firmante DECLARA , bajo su expresa responsabilidad, que son ciertos cuantos datos figuran en la presente solicitud, así como en la documentación adjunta y SOLICITA le sea concedida la autorización. En a de de <p style="text-align: center;">EL/LA REPRESENTANTE LEGAL</p> Fdo.:

ILMO/A. SR/A. DELEGADO/A PROVINCIAL DE LA CONSEJERIA DE SALUD EN



PROTECCIÓN DE DATOS
 En cumplimiento de lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, la Consejería de Salud le informa que los datos personales obtenidos mediante la cumplimentación de este documento/impreso/formulario y demás que se adjuntan van a ser incorporados, para su tratamiento, en un fichero automatizado.
 Asimismo, se le informa que la recogida y tratamiento de dichos datos tienen como finalidad disponer de información tanto de entidades gestoras como de sus representantes legales que cuentan con autorizaciones de carácter sanitario en relación a la distribución de agua de consumo.
 De acuerdo con lo previsto en la citada Ley Orgánica, puede ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición dirigiendo un escrito a la Delegación Provincial de Salud correspondiente.

ANEXO III

JUNTA DE ANDALUCÍA

CONSEJERÍA DE SALUD

SOLICITUD

INFORME SANITARIO SOBRE PROYECTO DE NUEVA INFRAESTRUCTURA/SUMINISTRO ALTERNATIVO

Decreto/..... de de (BOJA nº de fecha)

1 DATOS DE LA ENTIDAD SOLICITANTE Y DEL/DE LA REPRESENTANTE LEGAL									
ENTIDAD					NIF				
DOMICILIO SOCIAL TIPO DE VÍA		NOMBRE			Nº	BLOQUE	ESCALERA	PISO	PUERTA
MUNICIPIO					PROVINCIA			C. POSTAL	
TELÉFONO			FAX		CORREO ELECTRÓNICO				
APELLIDOS Y NOMBRE DEL/DE LA REPRESENTANTE LEGAL							DNI/NIE		
DOMICILIO A EFECTOS DE NOTIFICACIÓN TIPO DE VÍA		NOMBRE			Nº	BLOQUE	ESCALERA	PISO	PUERTA
MUNICIPIO					PROVINCIA			C. POSTAL	
TELÉFONO			FAX		CORREO ELECTRÓNICO				

2 DATOS RELATIVOS AL TIPO DE INFORME E INFRAESTRUCTURA									
Tipo de informe solicitado:									
<input type="checkbox"/> Sobre proyecto de nueva infraestructura.									
<input type="checkbox"/> Sobre suministro alternativo.									
Nombre Zona Abastecimiento:									
Tipo de infraestructura para la que solicita informe:									
<input type="checkbox"/> Captación.									
<input type="checkbox"/> Depósito.									
<input type="checkbox"/> Estación de tratamiento de aguas potables.									
<input type="checkbox"/> Red de distribución.									
<input type="checkbox"/> Cisterna, depósito u otro elemento móvil.									

3 DOCUMENTACIÓN ADJUNTA									
<input type="checkbox"/> NIF de la entidad solicitante.									
<input type="checkbox"/> Documentación acreditativa de la representación, en su caso.									
<input type="checkbox"/> Información y documentación correspondiente, de acuerdo a lo establecido en los anexos IV, V, VI, VII y VIII de este Reglamento.									

4 CONSENTIMIENTO EXPRESO DNI/NIE									
<input type="checkbox"/> La persona abajo firmante presta su CONSENTIMIENTO para la consulta de sus datos de identidad a través del Sistema de Verificación de Identidad.									
<input type="checkbox"/> NO CONSIENTE y aporta fotocopia autenticada del DNI/NIE.									

5 SOLICITUD, DECLARACIÓN, LUGAR, FECHA Y FIRMA									
La persona abajo firmante DECLARA , bajo su expresa responsabilidad, que son ciertos cuantos datos figuran en la presente solicitud, así como en la documentación adjunta y SOLICITA el informe sanitario.									
En a de de									
EL/LA REPRESENTANTE LEGAL									
Fdo.:									

ILMO/A. SR/A. DELEGADO/A PROVINCIAL DE LA CONSEJERIA DE SALUD EN

PROTECCIÓN DE DATOS									
En cumplimiento de lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, la Consejería de Salud le informa que los datos personales obtenidos mediante la cumplimentación de este documento/impreso/formulario y demás que se adjuntan van a ser incorporados, para su tratamiento, en un fichero automatizado.									
Asimismo, se le informa que la recogida y tratamiento de dichos datos tienen como finalidad disponer de información tanto de entidades gestoras como de sus representantes legales que cuentan con autorizaciones de carácter sanitario en relación a la distribución de agua de consumo.									
De acuerdo con lo previsto en la citada Ley Orgánica, puede ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición dirigiendo un escrito a la Delegación Provincial de Salud correspondiente.									



ANEXO IV

INFORMACIÓN QUE DEBE ADJUNTARSE A LA SOLICITUD DE INFORME SANITARIO SOBRE PROYECTO DE NUEVA CAPTACIÓN¹ O CONDUCCIÓN

- A. Datos generales de la nueva captación
1. Nombre de la zona de abastecimiento.
 2. Denominación de la captación.
 3. Ubicación de la captación.
 4. UT: Latitud; UT: Longitud.
 5. Tipo de recurso hídrico.
 6. Cuenca hidrográfica.
 7. Área marítima: Mediterránea, atlántica.
 8. Uso de la captación: Ordinaria, extraordinaria, fuente aislada.
 9. Tipo de captación: Pozo excavado, pozo entubado, galería de filtración, manantial, río o asimilado, agua de mar.
 10. Tipo de toma: En superficie, a media profundidad, en profundidad, en cauce, en orilla, con bombas de extracción, por gravedad, torres de toma, otros.
 11. Conducción: Por gravedad, cerrada a presión, cisterna.
 12. Longitud de la conducción: km.
 13. Agua captada/año (en m³ x 10³)
- B. Datos del área de captación
14. Actividades o instalaciones situadas en el área de captación que puedan afectar a la calidad del agua:
 - Actividades urbanas: Fosas sépticas, cementerios, almacenamiento, transporte y tratamiento de residuos sólidos o de aguas residuales.
 - Actividades agrícolas y ganaderas: Granjas, depósitos de fertilizantes y plaguicidas, riego con aguas residuales, principales cultivos.
 - Actividades industriales: Almacenamiento, transporte y tratamiento de hidrocarburos líquidos y gaseosos, productos químicos, farmacéuticos y radiactivos, industrias alimentarias y mataderos.
 - Actividades recreativas: Campings, zonas de baño.
 - Otras: minas, canteras, extracción de áridos.
 15. Datos del terreno
 - Tipo de suelo (Características morfológicas principales).
 - Pendiente (%).
 16. Perímetro de protección del acuífero, en su caso (según el artículo 173 del Reglamento del Dominio Público Hidráulico, aprobado por el Real Decreto 849/1986, de 11 de abril).
 17. Riesgos predominantes en el área de captación: Microbiológico, químico, radiactivo, eutrofización.
- C. Datos de calidad del agua
18. Resultados analíticos, de los dos últimos años, del Programa de Control de Zonas Protegidas de la Demarcación Hidrográfica correspondiente, con la frecuencia y los parámetros que se establecen en el Anexo V de la Directiva 2000/60/CE, del Parlamento Europeo y del Consejo, de 23 de octubre de 2000, por la que se establece un marco comunitario de actuación en el ámbito de la política de aguas.
 19. Descripción detallada de los tratamientos previstos.
- D. Protección de la captación
20. Características de la protección.

¹ Los datos deberán estar en consonancia con los campos correspondientes del Sistema de Información Nacional de Agua de Consumo (SINAC).

ANEXO V

INFORMACIÓN QUE DEBE ADJUNTARSE A LA SOLICITUD DE INFORME SANITARIO SOBRE PROYECTO DE NUEVA ESTACIÓN DE TRATAMIENTO DE AGUA POTABLE²

- A. Datos generales de la nueva ETAP
1. Denominación de la zona de abastecimiento.
 2. Denominación de la ETAP.
 3. Municipio de ubicación y dirección.
 4. Latitud y longitud.
 5. Tipo de tratamiento.
 6. Tipo de procedencia del agua.
 7. Denominación de la infraestructura de procedencia del agua.
 8. Tipo de conducción y longitud (km).
 9. Agua tratada por día (m³).
 10. Entidad responsable.
 11. Entidad gestora.
 12. Zonas de abastecimiento abastecidas total o parcialmente.
- B. Datos de la planta
13. Equipos y controles instalados.
 14. Descripción de los tratamientos.
 15. Descripción de cada una de las instalaciones.
 16. Principios activos utilizados en cada tratamiento.
 17. Esquema de funcionamiento.
 18. Tratamientos alternativos al tratamiento habitual.
- C. Información complementaria
19. Calidad del agua de la captación.
 20. Información sobre las medidas de seguridad adoptadas para impedir el acceso a personas ajenas.
 21. Existencia de depósito de cabecera posterior a la ETAP y características generales (forma, núm. de vasos, volúmenes parciales y total, equipos instalados).

² Los datos deberán estar en consonancia con los campos correspondientes del Sistema de Información Nacional de Agua de Consumo (SINAC).

ANEXO VI

INFORMACIÓN QUE DEBE ADJUNTARSE A LA SOLICITUD DE INFORME SANITARIO SOBRE PROYECTO DE NUEVO DEPÓSITO DE LA RED DE DISTRIBUCIÓN³

- A. Datos generales del nuevo depósito
1. Denominación de la zona de abastecimiento.
 2. Denominación del depósito.
 3. Ubicación del depósito.
 4. UTM: Latitud; UTM: Longitud.
 5. Tipo de depósito: Enterrado, semienterrado, superficial, elevado, otro.
 6. Capacidad en m³.
 7. Tipo de procedencia del agua: Captación, planta de tratamiento, depósito, cisterna, red de distribución.
 8. Denominación de la infraestructura de procedencia del agua.
 9. Fecha de construcción.
 10. Materiales de construcción.
 11. Materiales de revestimiento.
 12. Marca comercial.
- B. Protección del depósito
13. Medidas de protección: Características.
 14. Ubicación.

C. Información complementaria

15. Forma de llenado con respecto a la salida del agua: especificar.
16. Equipos instalados en el depósito: Especificar (bomba dosificadora de cloro, etc.).
17. Urbanización de la parcela y vallado: Especificar.
18. Aportar plano de planta y alzado.

³ Los datos deberán estar en consonancia con los campos correspondientes del Sistema de Información Nacional de Agua de Consumo (SINAC).

ANEXO VII

INFORMACIÓN QUE DEBE ADJUNTARSE A LA SOLICITUD DE INFORME SANITARIO SOBRE PROYECTO DE NUEVO TRAMO DE CANALIZACIÓN DE LA RED DE DISTRIBUCIÓN⁴

A. Datos generales del nuevo tramo de la red

1. Denominación de la zona de abastecimiento.
2. Denominación de la red.
3. Ubicación del tramo de red.
4. Localidades abastecidas por el tramo de red.
5. Km totales del tramo de red.
6. Presencia de alcantarillado: Sí/no.
7. Depuración de aguas residuales: Sí/no.
8. Tipo de procedencia del agua: captación, planta de tratamiento, depósito, cisterna, red de distribución.
9. Denominación de la infraestructura de procedencia del agua.
10. Agua distribuida al día (m³).
11. Consumo máximo al día (m³).
12. Dotación (l/hab./día).
13. Materiales instalados en el tramo de red.
14. Km instalados de cada material.
15. Materiales usados en las juntas.
16. Materiales utilizados en las acometidas.
17. Materiales de revestimiento.

B. Información complementaria

18. Plano de la canalización con indicación de válvulas de corte, desagües, calibre, etc.

PROCEDIMIENTO ABREVIADO PARA PROYECTOS DE CONSTRUCCIÓN O REMODELACIÓN DE TRAMOS DE RED DE DISTRIBUCIÓN CUYA LONGITUD ESTE COMPRENDIDA ENTRE 500 Y 5.000 METROS

El municipio, la persona titular o la persona o entidad pública o privada gestora del nuevo tramo de red remitirá a la correspondiente Delegación Provincial de la Consejería competente en materia de salud una memoria técnica que incluya, como mínimo:

a) Listado de proveedores habituales de todos los materiales que se van a instalar en la red de distribución.

b) Protocolos de trabajo de la empresa gestora en los que se especifique la forma en que se ejecutan habitualmente los trabajos de instalación de tuberías.

c) Relación de las obras que se prevén realizar, indicando en cada caso:

- 1.º Longitud estimada del tramo de red.
- 2.º Diámetros de las tuberías.
- 3.º Materiales utilizados.
- 4.º Ubicación de la obra.
- 5.º Previsión de fechas de ejecución.

Esta relación se actualizará con carácter trimestral, en su caso.

⁴ Los datos deberán estar en consonancia con los campos correspondientes del Sistema de Información Nacional de Agua de Consumo (SINAC).

ANEXO VIII

INFORMACIÓN QUE DEBE ADJUNTARSE A LA SOLICITUD DE INFORME SANITARIO PARA EL TRANSPORTE MÓVIL O SUMINISTRO ALTERNATIVO DE AGUAS DE CONSUMO HUMANO MEDIANTE CISTERNAS, DEPÓSITOS⁵ U OTROS ELEMENTOS MÓVILES

1. Información del transporte móvil.

A. Identificación de la cisterna, depósito u otros elementos móviles

1. Tipo de elemento móvil.
2. Matrícula.
3. Año de fabricación.
4. Ficha técnica del vehículo u elemento, en su caso.
5. Municipio alta administrativa, en su caso.
6. Responsable legal.

B. Materiales de construcción

7. Material de revestimiento.
8. Certificaciones del fabricante: S/N.
9. En su caso, aportar copia del/los certificado/s.

C. Método de limpieza y desinfección

10. Protocolo de limpieza y desinfección.
11. Identificación de los productos utilizados.

2. Información del suministro.

12. Punto de llenado.
13. En caso de toma directa de una captación, especificar tratamiento previsto.
14. Tiempo aproximado que durará el transporte.
15. Localidades abastecidas.
16. Identificación del último alimento transportado, en su caso.
17. Resultados del análisis inicial del agua.

⁵ Los datos deberán estar en consonancia con los campos correspondientes del Sistema de Información Nacional de Agua de Consumo (SINAC).

ANEXO X

JUNTA DE ANDALUCÍA

CONSEJERÍA DE SALUD

SOLICITUD

AUTORIZACIÓN PARA LA REDUCCIÓN DE FRECUENCIA ANALÍTICA DE DETERMINADOS PARÁMETROS DEL ANÁLISIS COMPLETO.

Decreto/..... de de (BOJA nº de fecha)

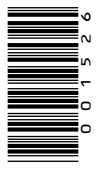
1 DATOS DE LA ENTIDAD SOLICITANTE Y DEL/DE LA REPRESENTANTE LEGAL						
ENTIDAD					NIF	
DOMICILIO SOCIAL TIPO DE VÍA NOMBRE			Nº	BLOQUE	ESCALERA	PISO PUERTA
MUNICIPIO			PROVINCIA		C. POSTAL	
TELÉFONO	FAX	CORREO ELECTRÓNICO				
APELLIDOS Y NOMBRE DEL/DE LA REPRESENTANTE LEGAL					DNI/NIE	
DOMICILIO A EFECTOS DE NOTIFICACIÓN TIPO DE VÍA NOMBRE			Nº	BLOQUE	ESCALERA	PISO PUERTA
MUNICIPIO			PROVINCIA		C. POSTAL	
TELÉFONO	FAX	CORREO ELECTRÓNICO				

2 DATOS DE LAS INFRAESTRUCTURAS PARA LAS QUE SE SOLICITA LA REDUCCIÓN DE LA FRECUENCIA ANALÍTICA
Nombre de la zona de abastecimiento:
<input type="checkbox"/> Captación. Especificar:
<input type="checkbox"/> Depósito. Especificar:
<input type="checkbox"/> Estación de tratamiento de aguas potables. Especificar:
<input type="checkbox"/> Red de distribución. Especificar:

3 PARÁMETROS PARA LOS QUE SE SOLICITA LA REDUCCIÓN DE LA FRECUENCIA ANALÍTICA
Parámetro 1: Parámetro 2: Parámetro 3: Parámetro 4: Parámetro 5:
Parámetro 6: Parámetro 7: Parámetro 8: Parámetro 9: Parámetro 10:

4 DOCUMENTACIÓN ADJUNTA
<input type="checkbox"/> NIF de la entidad solicitante.
<input type="checkbox"/> Documentación acreditativa de la representación, en su caso.
<input type="checkbox"/> Otra documentación. Especificar:

5 CONSENTIMIENTO EXPRESO DNI/NIE
<input type="checkbox"/> La persona abajo firmante presta su CONSENTIMIENTO para la consulta de sus datos de identidad a través del Sistema de Verificación de Identidad.
<input type="checkbox"/> NO CONSIENTE y aporta fotocopia autenticada del DNI/NIE.



6 SOLICITUD, DECLARACIÓN, LUGAR, FECHA Y FIRMA
La persona abajo firmante DECLARA , bajo su expresa responsabilidad, que son ciertos cuantos datos figuran en el presente documento, así como en la documentación adjunta, y SOLICITA le sea concedida la autorización.
En a de de
EL/LA REPRESENTANTE LEGAL
Fdo.:

ILMO/A. SR/A. DELEGADO/A PROVINCIAL DE LA CONSEJERIA DE SALUD EN
PROTECCIÓN DE DATOS En cumplimiento de lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, la Consejería de Salud le informa que los datos personales obtenidos mediante la cumplimentación de este documento/impreso/formulario y demás que se adjuntan van a ser incorporados, para su tratamiento, en un fichero automatizado. Asimismo, se le informa que la recogida y tratamiento de dichos datos tienen como finalidad disponer de información tanto de entidades gestoras como de sus representantes legales que cuentan con autorizaciones de carácter sanitario en relación a la distribución de agua de consumo. De acuerdo con lo previsto en la citada Ley Orgánica, puede ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición dirigiendo un escrito a la Delegación Provincial de Salud correspondiente.

ANEXO XI

JUNTA DE ANDALUCÍA

CONSEJERÍA DE SALUD

SOLICITUD

AUTORIZACIÓN PARA LA REDUCCIÓN DE LA FRECUENCIA DE ANÁLISIS DE CONTROL EN DEPÓSITOS

Decreto / de de (BOJA nº de fecha)

1 DATOS DE LA ENTIDAD SOLICITANTE Y DEL/DE LA REPRESENTANTE LEGAL									
ENTIDAD							NIF		
DOMICILIO SOCIAL TIPO DE VÍA		NOMBRE		Nº	BLOQUE	ESCALERA	PISO	PUERTA	
MUNICIPIO					PROVINCIA		C. POSTAL		
TELÉFONO			FAX		CORREO ELECTRÓNICO				
APELLIDOS Y NOMBRE DEL/DE LA REPRESENTANTE LEGAL							DNI/NIE		
DOMICILIO A EFECTOS DE NOTIFICACIÓN TIPO DE VÍA		NOMBRE		Nº	BLOQUE	ESCALERA	PISO	PUERTA	
MUNICIPIO					PROVINCIA		C. POSTAL		
TELÉFONO			FAX		CORREO ELECTRÓNICO				

2 DATOS DE LA ETAP									
NOMBRE DE LA ETAP									
UBICACIÓN									
ENTIDAD GESTORA, EN CASO DE SER DISTINTA A LA DEL DEPÓSITO									

3 DEPÓSITO/S EN EL/LOS QUE SE SOLICITA LA REDUCCIÓN DE LA FRECUENCIA ANALÍTICA									
NOMBRE DE LA ZONA DE ABASTECIMIENTO									
Nombre del depósito:									
Ubicación:									
Porcentaje reducción solicitado (max. 50%):									
Nombre del depósito:									
Ubicación:									
Porcentaje reducción solicitado (max. 50%):									

4 DOCUMENTACIÓN ADJUNTA									
<input type="checkbox"/> NIF de la entidad solicitante. <input type="checkbox"/> Documentación acreditativa de la representación, en su caso. <input type="checkbox"/> Otra documentación. Especificar:									

5 CONSENTIMIENTO EXPRESO DNI/NIE									
<input type="checkbox"/> La persona abajo firmante presta su CONSENTIMIENTO para la consulta de sus datos de identidad a través del Sistema de Verificación de Identidad. <input type="checkbox"/> NO CONSIENTE y aporta fotocopia autenticada del DNI/NIE.									

6 SOLICITUD, DECLARACIÓN, LUGAR, FECHA Y FIRMA									
La persona abajo firmante DECLARA , bajo su expresa responsabilidad, que son ciertos cuantos datos figuran en la presente solicitud, así como en la documentación adjunta y SOLICITA le sea concedida la autorización.									
En a de de									
EL/LA REPRESENTANTE LEGAL									
Fdo.:									

ILMO/A. SR/A. DELEGADO/A PROVINCIAL DE LA CONSEJERIA DE SALUD EN

PROTECCIÓN DE DATOS									
En cumplimiento de lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, la Consejería de Salud le informa que los datos personales obtenidos mediante la cumplimentación de este documento/impreso/formulario y demás que se adjuntan van a ser incorporados, para su tratamiento, en un fichero automatizado. Asimismo, se le informa que la recogida y tratamiento de dichos datos tienen como finalidad disponer de información tanto de entidades gestoras como de sus representantes legales que cuentan con autorizaciones de carácter sanitario en relación a la distribución de agua de consumo. De acuerdo con lo previsto en la citada Ley Orgánica, puede ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición dirigiendo un escrito a la Delegación Provincial de Salud correspondiente.									



ANEXO XII

PROTOCOLO DE AUTOCONTROL Y GESTIÓN DE LA ZONA DE ABASTECIMIENTO

A. Datos generales

1. Las personas o entidades públicas o privadas gestoras.⁶
 - Entidad gestora.
 - Entidad responsable legal.
2. Autoridad sanitaria.⁶
 - Distrito Sanitario.
 - Delegación Provincial de Salud.

B. Gestión del abastecimiento

1. Esquema de la zona de abastecimiento.
2. Captaciones.
 - Descripción.⁶
 - Identificación de riesgos más significativos.
 - Precauciones a adoptar ante los riesgos identificados.
3. Conducciones.
 - Descripción.⁶
 - Identificación de riesgos más significativos.
 - Precauciones a adoptar ante los riesgos identificados.
4. Tratamientos.
 - Descripción.⁶
 - Esquema del tratamiento identificando todas las etapas del proceso.
 - Identificación de riesgos más significativos.
 - Precauciones a adoptar ante los riesgos identificados.
 - Identificación de la persona responsable técnica.
 - Titulación académica.
 - Capacitación profesional.
5. Depósitos.
 - Descripción.⁶
 - Identificación de riesgos más significativos.
 - Precauciones a adoptar ante los riesgos identificados.
6. Redes de distribución.
 - Descripción.⁶
 - Esquema de las arterias principales con identificación de los puntos de muestreo para el autocontrol.
 - Identificación de riesgos más significativos.
 - Precauciones a adoptar ante los riesgos identificados.
7. Laboratorios.
 - Métodos y técnicas empleados.⁶
 - Tipo de análisis que realiza.
 - Certificaciones del laboratorio.
8. Otras infraestructuras.
 - Transporte móvil a utilizar en caso de emergencia.
 - Otro suministro alternativo o excepcional.
 - Controles a aplicar.
 - Relación de puntos de entrega a otras personas o entidades públicas o privadas gestoras en baja, en su caso.
 - Infraestructuras para uso en caso de emergencia, en su caso.

C. Autocontrol del abastecimiento

1. Puntos de muestreo (conforme al artículo 18.3 del Real Decreto 140/2003, de 7 de febrero).
2. Tipos de análisis:
 - Examen organoléptico:
 - Frecuencia de examen.
 - Distribución temporal por punto de muestreo.
 - Análisis de control:
 - Frecuencia de análisis.
 - Distribución temporal por punto de muestreo.
 - Análisis completo:
 - Frecuencia de análisis.
 - Distribución temporal por punto de muestreo.
3. Control de la desinfección:
 - Controles establecidos para la medición de desinfectante.
 - Frecuencia de muestreo en campo.
 - Frecuencia de muestreo en laboratorio.
 - Puntos de muestreo de desinfectante libre residual.
 - Medidas de control para evitar fallos en la desinfección.

D. Procedimientos de actuación

1. Limpieza de depósitos:
 - Frecuencia de limpieza de cada depósito de la zona de abastecimiento.
 - Procedimiento de limpieza.
 - Productos químicos utilizados.
 - Controles antes de la puesta en marcha tras la limpieza.
2. Limpieza y desinfección de la red de distribución:
 - Procedimiento de limpieza.
 - Productos químicos utilizados.
 - Controles antes de la puesta en marcha tras la limpieza.
3. Información a la población y agentes económicos afectados:
 - Procedimiento a seguir ante incidencias.
 - Medios de difusión.
 - Flujograma de la información.
4. Actuación ante incidencias.
5. Formación del personal.
6. Protocolos sanitarios.

E. Documentación mínima a disposición de la autoridad sanitaria

1. SINAC.
2. Registros de la limpieza de depósitos.
3. Registros de formación de manipuladores de alimentos.
4. Informes sanitarios.
5. Registros del control de la desinfección.
6. Información legal de los productos utilizados en el tratamiento.
7. Comunicaciones de información a la población y agentes económicos afectados en caso de incumplimientos.
8. Documentación de las empresas utilizadas para el transporte móvil.
9. Registro de exámenes organolépticos, en su caso.

⁶El dato deberá estar en consonancia con el campo correspondiente del Sistema de Información Nacional de Agua de Consumo (SINAC).

ANEXO XIII NOTIFICACIÓN DE INCUMPLIMIENTOS

1. Datos de la entidad solicitante y del/de la representante legal:

Entidad	NIF
Tipo de vía Nombre de vía	Nº Bloque
Escalera Piso Puerta	
Municipio Provincia	C.P.
Teléfono Fax	Correo electrónico
Apellidos y nombre del/de la representante legal DNI/NIE	
Domicilio a efectos de notificación: Tipo de vía	Nombre de
vía Nº Bloque Escalera Piso Puerta	
Municipio Provincia	C.P.
Teléfono Fax	Correo electrónico

2. Laboratorio

Denominación

3. Datos de la zona de abastecimiento

Denominación	Código	Población afectada
Volumen de agua distribuida por día (m ³)		

6. Características del incumplimiento

Punto/s de muestreo en el que se ha detectado el incumplimiento:

Fecha de la toma de muestra:

Motivo/s que ha causado el incumplimiento:

Parámetro/s: Valor cuantificado:

Fecha de confirmación del incumplimiento:

Plazo propuesto para subsanar el incumplimiento:

7. Documentación adjunta:

- NIF de la entidad solicitante.
- Documentación acreditativa de la representación, en su caso.
- Medidas correctoras y preventivas previstas.
- Propuesta de comunicación para transmitir a la población y agentes económicos afectados.

En a de de

Fdo:

ILMO/A. SR/A. DELEGADO/A PROVINCIAL DE LA CONSEJERÍA DE SALUD
EN

PROTECCIÓN DE DATOS

En cumplimiento de lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, la Consejería de Salud le informa que los datos personales obtenidos mediante la cumplimentación de este documento/impreso/formulario y demás que se adjuntan van a ser incorporados, para su tratamiento, en un fichero automatizado.

Asimismo se le informa que la recogida y tratamiento de dichos datos tienen como finalidad disponer de información tanto de entidades gestoras como de sus representantes legales que cuentan con autorizaciones de carácter sanitario en relación a la distribución de agua de consumo.

De acuerdo con lo previsto en la citada Ley Orgánica, puede ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición dirigiendo un escrito a la Delegación Provincial de Salud correspondiente.

ANEXO XIV

JUNTA DE ANDALUCÍA

CONSEJERÍA DE SALUD

SOLICITUD

AUTORIZACION DE EXCEPCIÓN

Decreto/..... de de (BOJA nº de fecha)

1 DATOS DE LA ENTIDAD SOLICITANTE Y DEL/DE LA REPRESENTANTE LEGAL									
ENTIDAD							NIF		
DOMICILIO SOCIAL TIPO DE VÍA		NOMBRE			Nº	BLOQUE	ESCALERA	PISO	PUERTA
MUNICIPIO					PROVINCIA			C. POSTAL	
TELÉFONO			FAX		CORREO ELECTRÓNICO				
APELIDOS Y NOMBRE DEL/DE LA REPRESENTANTE LEGAL							DNI/NIE		
DOMICILIO A EFECTOS DE NOTIFICACIÓN TIPO DE VÍA		NOMBRE			Nº	BLOQUE	ESCALERA	PISO	PUERTA
MUNICIPIO					PROVINCIA			C. POSTAL	
TELÉFONO			FAX		CORREO ELECTRÓNICO				

2 DATOS DE LA ZONA DE ABASTECIMIENTO		
DENOMINACIÓN		
CODIGO DE LA ZONA DE ABASTECIMIENTO	POBLACIÓN AFECTADA	VOLUMEN DE AGUA DISTRIBUIDA POR DÍA (M ³)

3 TIPO DE EXCEPCIÓN			
<input type="checkbox"/> Autorización.	<input type="checkbox"/> 1ª Prórroga.	<input type="checkbox"/> 2ª Prórroga.	<input type="checkbox"/> Excepción de corta duración.

4 CARACTERÍSTICAS DE LA EXCEPCIÓN
Parámetro:
Nuevo valor paramétrico propuesto:
Duración prevista de la excepción:
Motivos por los que se solicita la autorización de excepción:
.....
.....

5 DOCUMENTACIÓN ADJUNTA
<input type="checkbox"/> NIF de la entidad solicitante.
<input type="checkbox"/> Documentación acreditativa de la representación, en su caso.
<input type="checkbox"/> Información y documentación correspondiente, de acuerdo a lo establecido en los artículos 40, 43, 44 o 45 de este Reglamento.

6 CONSENTIMIENTO EXPRESO DNI/NIE
<input type="checkbox"/> La persona abajo firmante presta su CONSENTIMIENTO para la consulta de sus datos de identidad a través del Sistema de Verificación de Identidad.
<input type="checkbox"/> NO CONSIENTE y aporta fotocopia autenticada del DNI/NIE.

7 SOLICITUD, DECLARACIÓN, LUGAR, FECHA Y FIRMA
La persona abajo firmante DECLARA , bajo su expresa responsabilidad, que son ciertos cuantos datos figuran en la presente solicitud , así como en la documentación adjunta y SOLICITA le sea concedida la autorización.
En a de de
EL/LA REPRESENTANTE LEGAL
Fdo.:

ILMO/A. SR/A. SECRETARIO/A GENERAL DE SALUD PÚBLICA Y PARTICIPACIÓN

PROTECCIÓN DE DATOS
 En cumplimiento de lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, la Consejería de Salud le informa que los datos personales obtenidos mediante la cumplimentación de este documento/impreso/formulario y demás que se adjuntan van a ser incorporados, para su tratamiento, en un fichero automatizado.
 Asimismo, se le informa que la recogida y tratamiento de dichos datos tienen como finalidad disponer de información tanto de entidades gestoras como de sus representantes legales que cuentan con autorizaciones de carácter sanitario en relación a la distribución de agua de consumo.
 De acuerdo con lo previsto en la citada Ley Orgánica, puede ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición dirigiendo un escrito a la Secretaría General de Salud Pública y Participación.

