ANEXO I

JUNTA DE ANDALUCIA 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

☐ Red completa.

☐ Tramo de red. Especificar, en su caso: .....

3 DOCUMENTACIÓN ADJUNTA

☐ NIF de la entidad solicitante.

☐ Documentación acreditativa de la representación, en su caso.

☐ Información y documentación de acuerdo a lo establecido en el artículo 15 de este Reglamento.

4 CONSENTIMIENTO EXPRESO DNI/NIE

☐ La persona abajo firmante presta su **CONSENTIMIENTO** para la consulta de sus datos de identidad a través del Sistema de Verificación de Identidad.

☐ **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 .....

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.

0015123

ANEXO II

JUNTA DE ANDALUCIA 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

☐ Red completa.
☐ Tramo de red. Especificar, en su caso: .....
☐ Exención
☐ Reducción del nivel de CRL por debajo de 0.2 mg/l

3 DOCUMENTACIÓN ADJUNTA

☐ NIF de la entidad solicitante.
☐ Documentación acreditativa de la representación, en su caso.
☐ Información y documentación de acuerdo a lo establecido en el artículo 16 de este Reglamento.

4 CONSENTIMIENTO EXPRESO DNI/NIE

☐ La persona abajo firmante presta su **CONSENTIMIENTO** para la consulta de sus datos de identidad a través del Sistema de Verificación de Identidad.
☐ **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 .....

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.

0015124

ANEXO III

JUNTA DE ANDALUCIA 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		N°	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		N°	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:

☐ Sobre proyecto de nueva infraestructura.

☐ Sobre suministro alternativo.

Nombre Zona Abastecimiento: .....

Tipo de infraestructura para la que solicita informe:

☐ Captación.

☐ Depósito.

☐ Estación de tratamiento de aguas potables.

☐ Red de distribución.

☐ Cisterna, depósito u otro elemento móvil.

3 DOCUMENTACIÓN ADJUNTA

☐ NIF de la entidad solicitante.

☐ Documentación acreditativa de la representación, en su caso.

☐ 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

☐ La persona abajo firmante presta su **CONSENTIMIENTO** para la consulta de sus datos de identidad a través del Sistema de Verificación de Identidad.

☐ **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.

0015125