ANEXO X

JUNTA DE ANDALUCIA 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: .....

☐ Captación. Especificar: .....

☐ Depósito. Especificar: .....

☐ Estación de tratamiento de aguas potables. Especificar: .....

☐ Red de distribución. Especificar: .....

3 PÁRAMETROS 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

☐ NIF de la entidad solicitante.

☐ Documentación acreditativa de la representación, en su caso.

☐ Otra documentación. Especificar: .....

.....

5 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.

0 1 5 2 6

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 ANDALUCIA

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

☐ NIF de la entidad solicitante.

☐ Documentación acreditativa de la representación, en su caso.

☐ Otra documentación. Especificar: .....

.....

5 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.

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.

0 0 1 5 2 7