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 ANDALUCIA

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		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 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

☐ Autorización. ☐ 1ª Prórroga. ☐ 2ª Prórroga. ☐ 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

☐ NIF de la entidad solicitante.

☐ Documentación acreditativa de la representación, en su caso.

☐ 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

☐ 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.

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.

0015128