



## Datos de la Instalación / Comunidad de Propietarios

Nombre o Razón Social: ..... DNI/ NIF / CIF: .....

Dirección: .....

Clase de piscina:  Uso privado N° de viviendas (Comunidad de Propietarios): .....  Uso público

Año:

## Datos / de la Titular o Representante Legal

Dirección de acceso a la instalación: .....

N° de viviendas que forman la Comunidad de Vecinos .....

Relación de direcciones (si la piscina corresponde a más de un edificio): .....

**\*Presidente/a:** D/Dña. ....

Dirección: .....

D.N.I. .... \*Teléfono/fax .....

**\*Correo electrónico** .....**\*Administrador/a:** D/Dña. ....

Dirección: .....

D.N.I. .... \*Teléfono/fax/ .....

**\*Correo electrónico** .....**\*Empresa de mantenimiento:** .....

Dirección: .....

**\*Teléfono/fax/email** .....**\*Correo electrónico** .....

## Datos de la Piscina

N° de vasos: ..... Procedencia agua de llenado: .....  Canal Isabel II  Pozo

Fecha prevista de apertura: .../.../... Fecha prevista de cierre .../.../... Horario: .....

Vaso 1:  Infantil  Adulto Superficie lámina de agua: ..... m<sup>2</sup> Volumen de agua: ..... m<sup>3</sup>Vaso 2:  Infantil  Adulto Superficie lámina de agua: ..... m<sup>2</sup> Volumen de agua: ..... m<sup>3</sup>Vaso 3:  Infantil  Adulto Superficie lámina de agua: ..... m<sup>2</sup> Volumen de agua: ..... m<sup>3</sup>**\*Nombre de/ el/la encargado/a y/o empresa de mantenimiento:** .....**\*Teléfono(s) de piscina:** .....

Desinfectante utilizado: .....

Dispone de método para control de desinfectante utilizado:  Sí  NODispone de:  Bar o quiosco  Restaurante

## Documentación que debe acompañar al impreso

- Analítica completa de agua de todos los vasos
- Analítica de agua de pozo. (si procede)
- Certificado de tratamiento de DDD.
- Copia de N.I.F. o C.I.F. del titular de la instalación (sólo para piscinas de nueva apertura)
- Copia de N.I.F. del Presidente actual.

## Declaración Responsable Del/de La Titular De La Instalación

El abajo firmante (titular de la instalación ó persona autorizada) DECLARA BAJO SU RESPONSABILIDAD que la instalación de referencia cumple con los requisitos establecidos en las normas aplicables vigentes especialmente con la normativa sanitaria.

## Firmante

**\*Nombre, Apellidos y D.N.I.:** .....

En Valdemoro, a ... de ..... de 20 ... Firma en calidad de: .....

Nota: Se entregarán 2 analíticas, una a la apertura y otra a mediados de Agosto, en Concejalía de Salud/Ayto.

**\*Rellenar obligatoriamente**

"Los datos recogidos en este impreso serán incorporados y tratados en el fichero de datos de carácter personal "CONTROL SANITARIO PISCINAS" cuya finalidad es la comprobación de las instalaciones, del personal contratado como socorristas y procedimiento para el tratamiento y control de la calidad del agua para evitar que no se den circunstancias que atenten contra las condiciones higiénico sanitarias de dichas instalaciones. Los datos no podrán ser cedidos, salvo cesiones previstas en la Ley. El Órgano responsable del fichero es la Concejalía Salud. Para ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición podrá dirigirse al Área de Salud, C/ Formentera, 5. Todo lo cual se informa en cumplimiento del artículo 5 de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre de Protección de Datos de Carácter Personal."



## Datos de la Instalación / Comunidad de Propietarios

Nombre o Razón Social: ..... DNI/ NIF / CIF: .....

Dirección: .....

Clase de piscina:  Uso privado N° de viviendas (Comunidad de Propietarios): .....  Uso público

Año:

## Datos / de la Titular o Representante Legal

Dirección de acceso a la instalación: .....

N° de viviendas que forman la Comunidad de Vecinos .....

Relación de direcciones (si la piscina corresponde a más de un edificio): .....

\*Presidente/a: D/Dña. ....

Dirección: .....

D.N.I. .... \*Teléfono/fax .....

\*Correo electrónico .....

\*Administrador/a: D/Dña. ....

Dirección: .....

D.N.I. .... \*Teléfono/fax/ .....

\*Correo electrónico .....

\*Empresa de mantenimiento: .....

Dirección: .....

\*Teléfono/fax/email .....

\*Correo electrónico .....

## Datos de la Piscina

N° de vasos: ..... Procedencia agua de llenado: .....  Canal Isabel II  Pozo

Fecha prevista de apertura: .../.../... Fecha prevista de cierre .../.../... Horario: .....

Vaso 1:  Infantil  Adulto Superficie lámina de agua: ..... m<sup>2</sup> Volumen de agua: ..... m<sup>3</sup>Vaso 2:  Infantil  Adulto Superficie lámina de agua: ..... m<sup>2</sup> Volumen de agua: ..... m<sup>3</sup>Vaso 3:  Infantil  Adulto Superficie lámina de agua: ..... m<sup>2</sup> Volumen de agua: ..... m<sup>3</sup>

\*Nombre de/ el/la encargado/a y/o empresa de mantenimiento: .....

\*Teléfono(s) de piscina: .....

Desinfectante utilizado: .....

Dispone de método para control de desinfectante utilizado:  Sí  NODispone de:  Bar o quiosco  Restaurante

## Documentación que debe acompañar al impreso

- Analítica completa de agua de todos los vasos  
 Analítica de agua de pozo. (si procede)  
 Certificado de tratamiento de DDD.  
 Copia de N.I.F. o C.I.F. del titular de la instalación (sólo para piscinas de nueva apertura)  
 Copia de N.I.F. del Presidente actual.

## Declaración Responsable Del/de La Titular De La Instalación

El abajo firmante (titular de la instalación ó persona autorizada) DECLARA BAJO SU RESPONSABILIDAD que la instalación de referencia cumple con los requisitos establecidos en las normas aplicables vigentes especialmente con la normativa sanitaria.

## Firmante

\*Nombre, Apellidos y D.N.I.: .....

En Valdemoro, a ... de ..... de 20 ... Firma en calidad de: .....

Nota: Se entregarán 2 analíticas, una a la apertura y otra a mediados de Agosto, en Concejalía de Salud/Ayto.

\*Rellenar obligatoriamente

"Los datos recogidos en este impreso serán incorporados y tratados en el fichero de datos de carácter personal "CONTROL SANITARIO PISCINAS" cuya finalidad es la comprobación de las instalaciones, del personal contratado como socorristas y procedimiento para el tratamiento y control de la calidad del agua para evitar que no se den circunstancias que atenten contra las condiciones higiénico sanitarias de dichas instalaciones. Los datos no podrán ser cedidos, salvo cesiones previstas en la Ley. El Órgano responsable del fichero es la Concejalía Salud. Para ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición podrá dirigirse al Área de Salud, C/ Formentera, 5. Todo lo cual se informa en cumplimiento del artículo 5 de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre de Protección de Datos de Carácter Personal."