

ANEXO 6.1 SOLICITUD DE EXENCIÓN DE DESINFECTANTE RESIDUAL

Nombre y apellidos:
como Director/Responsable de la entidad gestora:
NIF/CIF:
Dirección:
Localidad:
Municipio: CP :
Teléfono: Fax:
Correo electrónico:

SOLICITA

en base al artículo 10 del R.D. 140/2003 y en base al punto 6.3 del Programa de Vigilancia de Aguas de Consumo Humano de Castilla y León

EXENCIÓN de desinfectante residual para la red

de la Localidad

Municipio

perteneciente a la zona de abastecimiento de.....

DECLARA:

- Ser responsable del protocolo de autocontrol y gestión del agua que recoge la frecuencia duplicada de análisis microbiológicos.
- Que ante cualquier incumplimiento de los valores paramétricos establecidos, se procederá a inmediata notificación al Servicio Territorial de Sanidad, adoptándose las medidas necesarias para la presencia de desinfección residual.
- Que dispone de los medios tecnológicos para, de forma inmediata y ante una situación de riesgo microbiológico, asegurar la presencia de desinfectante residual en red, así como para medir la concentración del mismo.
- Se ha informado documentalmente, en su caso, al municipio de la presente solicitud y declaración responsable y que esta comunicación documental deberá ser aportada cuando lo requiera la autoridad sanitaria.

APORTA LA SIGUIENTE DOCUMENTACIÓN:

- Tratamiento de potabilización del agua destinada a consumo humano.
- Documento que defina las características de la red y justifique la inexistencia de riesgo de contaminación microbiológica.
- Protocolo de autocontrol que recoge la frecuencia duplicada de análisis microbiológicos.
- Documento que refleje la habilitación de medios tecnológicos para que, ante una situación de riesgo microbiológico, asegurar la presencia de desinfectante residual en red, así como para realizar la medición de la concentración del mismo.

Para la concesión de la exención, es imprescindible que la analítica de los dos años anteriores volcada en SINAC avale la inexistencia de riesgos de contaminación microbiológica.

En _____ a _____ de _____ de 200__

Firma

JEFE DEL SERVICIO TERRITORIAL DE SANIDAD _____