



Notificación de torres de refrigeración y condensadores evaporativos

1.- Tipo de Notificación:

<input type="radio"/>	Notificación de Alta	Fecha:	
<input type="radio"/>	Notificación de Modificaciones	Fecha:	
<input type="radio"/>	Notificación de Baja	Fecha:	<input type="radio"/> Cambio de titularidad
			<input type="radio"/> Cese de Actividad
			<input type="radio"/> Sustitución de equipo por otro sistema que no emita aerosoles

2.- Datos del Titular/ datos de la ubicación de la instalación:

NIF:		Apellidos (*):	
Nombre o Razón Social (*)			
Tipo de vía:		Nombre vía:	Nº
CP:		Localidad:	Teléfono:
Fax:		Correo electrónico:	

(*) Apellidos y Nombre en caso de persona física, o Razón Social en caso de persona jurídica

3.- Datos de el/la representante:

DNI/ NIF:		Apellidos:	
Nombre:		Título de representación:	

4.- Medio de notificación (en caso necesario):

<input type="radio"/>	Deseo ser notificado/a de forma telemática (sólo para usuarios dados de alta en el Sistema de Notificaciones Telemáticas de la Comunidad de Madrid)						
<input type="radio"/>	Deseo ser notificado/a por correo certificado						
	Tipo de vía		Nombre vía		Nº		
	Piso	Puerta	CP	Localidad	Provincia		

5.- Datos de los equipos:

Captación del agua	<input type="radio"/>	Red Pública					
	<input type="radio"/>	Suministro propio	<input type="radio"/>	Superficial			
			<input type="radio"/>	Subterráneo			
¿Existe depósito?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí	En caso afirmativo especifique Ubicación y Volumen:				
¿Están ubicados en Centros Sanitarios o Residencias de Ancianos, o cerca de ellos?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí					
¿Alguno de los equipos está ubicado cerca de la vía pública, zonas de paso, ventanas o tomas de aire acondicionado?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí					
Empresa que ha efectuado el tratamiento de limpieza y desinfección general según el protocolo que figura en el Anexo IV del R.D. 865/2003:				Fecha:			
Empresa que realiza el mantenimiento y desinfección:							
¿Disponen de Programa de Prevención de la Legionelosis (Programa de mantenimiento higiénico-sanitario)?:				<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí		



Comunidad de Madrid

6.- Características individuales de los equipos:

Características		Equipo 1	Equipo 2	Equipo 3	Equipo 4	Equipo 5	Equipo 6
Tipo. Indique (T) si el equipo es una Torre de Refrigeración o (C) si el equipo es un Condensador Evaporativo.		T C	T C	T C	T C	T C	T C
Marca							
Modelo							
Número de Serie							
Fecha de Instalación							
Fecha de Reforma							
Potencia Ventilador (Kw, Cv)							
Régimen de Funcionamiento	Régimen (1)						
	Horas/ Día						
	Días/ Año						
Ubicación de los equipos (Indique la distancia en metros)	Desde el equipo hasta la vía pública o zonas de paso	En altura					
		En horizontal					
	Desde el equipo hasta ventanas próximas	En altura					
		En horizontal					
	Desde el equipo hasta tomas de aire acondicionado	En altura					
		En horizontal					
¿El equipo se encuentra ubicado en lugares de difícil acceso por lo que es difícil la limpieza y el mantenimiento?		No Sí	No Sí	No Sí	No Sí	No Sí	No Sí
¿Realizan desinfección en continuo?		No Sí	No Sí	No Sí	No Sí	No Sí	No Sí

(1) Indique si el régimen de funcionamiento es:

- Continuo: Funcionamiento sin interrupción
- Estacional: Funcionamiento coincidente con los cambios estacionales (Primavera-verano)
- Intermitente: Periódico con paradas de más de una semana.
- Irregular: Que no sigue ninguna norma en su funcionamiento.



Comunidad de Madrid

En....., a.....de..... de.....

FIRMA

DESTINATARIO	
---------------------	--