

PROGRAMA 2024 - DOCUMENTO IX

CENSO SANITARIO DE PISCINAS DE LA COMUNIDAD FORAL DE NAVARRA

VASOS TERAPÉUTICOS

Don/Doña _____ NIF _____

como titular en representación de las piscinas _____

de la localidad de _____ y de acuerdo con lo establecido en la Disposición Adicional Cuarta del Decreto Foral 86/2018, de 24 de octubre, adjunta la documentación de notificación de las características esenciales de las instalaciones, solicitando la:

INCLUSIÓN

ACTUALIZACIÓN

de las mismas en el **Censo Sanitario de Piscinas de la Comunidad Foral de Navarra.**

En _____, a _____ de _____ de 20_____

Fdo.: _____

(La persona solicitante y sello de las instalaciones)

I.- DATOS DE IDENTIFICACION DE LA INSTALACIÓN

Nombre de la instalación donde están ubicadas las piscinas (Polideportivo, Piscinas, Club, Camping, Hotel, etc.) _____

Dirección postal _____

Municipio _____ CP _____

Teléfono _____ e-mail _____

Coordenadas geográficas _____

II.- DATOS DE GESTIÓN DE LA INSTALACIÓN

Tipo de piscina: Tipo 2

Ubicada en:

 Centro hospitalario

 Otros centros sanitarios y/o sociosanitarios (indicar) _____

Nombre del titular _____

_____ NIF

Dirección postal _____

Municipio _____ CP _____

Teléfono _____ Fax _____ E-mail _____

(En el caso de que el gestor sea otro distinto del titular)

Nombre del gestor _____

_____ NIF _____

E-mail _____ Teléfono: _____

III.- ANTIGÜEDAD Fecha de inauguración: _____

IV.- AGUA DE LLENADO DE LOS VASOS

 Red pública.

 No de red. Indicar origen _____

V.- Nº DE VASOS DE LA INSTALACIÓN _____

VI.- CARACTERÍSTICAS DE LOS VASOS (a rellenar uno por vaso)

VASO N° ____

Denominación del vaso: _____

Clase de vaso (Características estructurales):

Cubierto Descubierto Mixto

Elementos de que dispone:

Ninguno Asientos Camas Cascada Chorros Cuello de cisne

Otros (indicar) _____

Datos estructurales:

Superficie (m²) _____

Volumen (m³) _____

Profundidad máxima (m) _____

Profundidad mínima (m) _____

N° de filtros: _____ Disposición de los filtros: Serie Paralelo

Tipo de filtración: Arena Diatomeas Otros _____

Superficie filtrante total (m²) _____

Caudal horario de recirculación real (m³/ h) _____

Velocidad de filtración (m³/h/m²) _____

Desinfectante utilizado

Hipoclorito sódico o cálcico

Dióxido de cloro

Cloraminas

Ácido Tricloroisocinúrico

Biguanidas

Bromoclorohidantoinas

Ozono

Bromo

Ultravioleta

Electrolisis

Otros _____

Floculantes. Principio activo: _____

Corrector pH. Principio activo: _____

Otros tratamientos _____