



**Servicio
Canario de Salud**

**DIRECCIÓN
GENERAL DE
SALUD PÚBLICA**

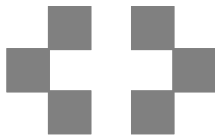
Teléfono 922 47 42 71
Rambla General Franco, 53
38006 Santa Cruz de Tenerife

**ANEXO (C): INFORME SANITARIO PREVIO AL SUMINISTRO MEDIANTE CISTERNA O
DEPÓSITO MÓVIL.**

El gestor responsable solicitará informe sanitario previo a la Dirección de Área de Salud. Este informe tendrá una validez no superior a 12 meses mientras el origen y destino del agua transportada se mantengan constantes.

Antes de transcurridos los 12 meses el gestor realizará a la misma Dirección de Área de Salud una comunicación en la que hará constar el mantenimiento de las características del suministro, solicitando la renovación del informe sanitario anterior.

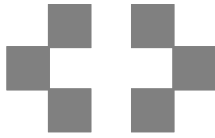
A continuación se incluyen los modelos elaborados para su utilización.



**Servicio
Canario de Salud**

**DIRECCIÓN
GENERAL DE
SALUD PÚBLICA**

Teléfono 922 47 42 71
Rambla General Franco, 53
38006 Santa Cruz de Tenerife



Servicio
Canario de Salud

AREA DE SALUD DE

**SOLICITUD DE INFORME SANITARIO PREVIO AL SUMINISTRO DE AGUA DE
CONSUMO HUMANO MEDIANTE CISTERNA O DEPÓSITO MÓVIL.**

Don/Doña: <input type="text"/>
con DNI/CIF núm. <input type="text"/> con domicilio a efectos de notificación en calle <input type="text"/>
<input type="text"/> núm. <input type="text"/> portal <input type="text"/>
piso <input type="text"/> municipio <input type="text"/>
C. Postal <input type="text"/> provincia <input type="text"/>
con teléfono núm. <input type="text"/> y fax núm. <input type="text"/> como gestor de la cisterna
matrícula <input type="text"/> con una capacidad de <input type="text"/> m ³ :

SOLICITA la emisión de informe sanitario previo al suministro de agua de consumo mediante la cisterna o depósito móvil que se especifica, para lo cual acompaña a esta solicitud la siguiente documentación:

- Descripción del suministro (se incluye en el reverso de esta solicitud).
- Fotocopia del NIF/CIF.
- Documentación acreditativa de la autorización administrativa de alta en la actividad, o de haber solicitado la misma al Cabildo Insular (Área de Transportes) (Decreto 159/1994, de 21 de julio, y Decreto 53/1999, de 8 de abril, modificado por Decreto 304/1999, de 4 de noviembre).
- Libro de incidencias, a diligenciar por el Área de Salud.
- Copia de los resultados del análisis completo del agua a suministrar.

En _____ a _____ de _____ de 20__

Firmado por: _____

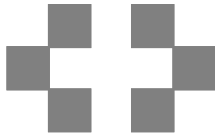
Responsable del suministro

Se realizará una solicitud por cisterna o depósito móvil y suministro¹

BASE LEGAL:

Real Decreto 140/2003, de 7 de febrero, por el que se establecen los criterios sanitarios de la calidad del agua de consumo humano (BOE del 21 de febrero de 2003, núm. 45)

SR./SRA. DIRECTOR/A DEL ÁREA DE SALUD DE



Servicio
Canario de Salud

AREA DE SALUD DE

DESCRIPCIÓN DEL SUMINISTRO¹

Cisterna o depósito móvil:

Fecha de fabricación de la cisterna o depósito móvil: ____/____/____

Fecha de la última reparación de la cisterna o depósito móvil: ____/____/____, en su caso.

Material de construcción: _____

Material de revestimiento²: _____

Origen del agua de llenado:

Captación (Depósito) : _____

Red de distribución : _____

Ubicación del punto de llenado (dirección):

Gestor responsable del agua de llenado (único):

Nombre o razón social: _____

DNI o CIF: _____

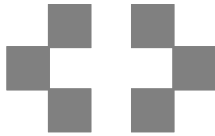
Dirección:

Teléfono: _____

Población objeto del suministro (detallar el destino o destinos del agua por municipio):

¹ SUMINISTRO: Cada suministro de agua a través de cisterna o depósito móvil deberá contar con el informe previo vinculante de la Dirección del Área de Salud, que tendrá un período de validez no superior a 12 meses para cada suministro, entendiéndose por suministro aquel para el que se mantengan constantes origen y destino del agua de consumo humano transportada.

² Para cisternas o depósitos móviles de nueva construcción o que hayan sido sometidos a reparación se adjuntará copia del acuse de recibo de la comunicación realizada por la empresa responsable de la comercialización del material a la Dirección General de Salud Pública del Ministerio de Sanidad y Consumo, conteniendo la información recogida en el anexo IX del Real Decreto 140/2003, o documentación que acredite la entrada de la misma en el citado Ministerio. En el caso de las reparaciones se presentará facturación con indicación del producto utilizado en el revestimiento.



Servicio
Canario de Salud

AREA DE SALUD DE _____

GUÍA PARA LA INSPECCIÓN SANITARIA CORRESPONDIENTE AL INFORME
SANITARIO PREVIO AL SUMINISTRO DE AGUA DE CONSUMO HUMANO
MEDIANTE CISTERNA O DEPÓSITO MÓVIL.

CISTERNA: Matrícula: _____ Capacidad: _____ m³

GESTOR responsable de la cisterna: _____
NIF / CIF: _____

Indicación de “*para transporte de agua de consumo humano*”: Sí No
Claramente señalada y suficientemente visible.

Símbolo de grifo blanco sobre fondo azul: Sí No

Libros de incidencias y de ruta: Sí No

AGUA DE LLENADO

Red de distribución : _____
Zona de abastecimiento: _____

Captación (Depósito) : _____

GESTOR responsable del punto de llenado (punto de entrega): _____

Volumen de referencia para el autocontrol: _____ m³ o m³/día.

Autocontrol (número de análisis al año, con carácter mínimo):
Exámenes organolépticos: _____ Análisis de control: _____ Análisis completos: _____

Calificación de la muestra de agua de llenado (en función de los resultados del análisis completo presentado):
Agua apta para el consumo: Sí No

Observaciones:

Propuesta de informe sanitario: Apto No apto

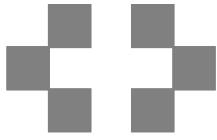
Acta de inspección sanitaria núm.:

En _____ a _____ de _____ de 20__

Firma (Técnico Inspector de Salud Pública)

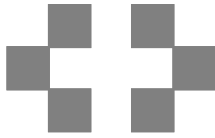
Don/Doña: _____

*DIRECTOR DEL ÁREA DE SALUD ó
JEFE DE SERVICIO DE SALUD PÚBLICA Y LABORATORIO ó
JEFE DE SECCIÓN DE SALUD PÚBLICA, según se designe por cada Área de Salud.*



**Servicio
Canario de Salud**

AREA DE SALUD DE



Servicio
Canario de Salud

AREA DE SALUD DE

**INFORME SANITARIO FAVORABLE PREVIO AL SUMINISTRO DE AGUA DE
CONSUMO HUMANO MEDIANTE CISTERNAS Y DEPÓSITOS MÓVILES.**

CISTERNA: Matrícula: _____ Capacidad: _____ m³

GESTOR: _____

NIF/CIF: _____

Domicilio social

Calle _____, núm. _____

portal _____, piso _____, municipio _____

Código postal _____, provincia _____

Teléfono núm. _____; Fax núm. _____.

SUMINISTRO:

Origen del agua de llenado (red de distribución o depósito, identificar):

Gestor responsable del agua de llenado:

Población objeto del suministro (la declarada en la memoria del suministro):

AUTOCONTROL DEL SUMINISTRO:

Agua de llenado:

Análisis (exámenes organolépticos y análisis de control y completos) y periodicidad de realización.

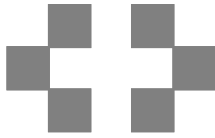
Cisterna:

Control del agente desinfectante en el punto de llenado y en el punto de puesta a disposición del consumidor.

Este informe será válido hasta el ____/____/____ **siempre que se mantengan constantes origen y destino del agua de consumo humano transportada.**

En _____, **a** ____ **de** _____ **de 200** ____
El/La Director/a del Área de Salud de _____

GESTOR



NOTAS

- El gestor de la cisterna o depósito móvil dispondrá de un **libro de ruta** en el que al menos se harán constar fecha y hora de llenado, **nivel de desinfectante residual** (cloro residual libre) en el momento del llenado (mg/L), recorrido en kilómetros, lugar de destino, hora y nivel de desinfectante residual (mg/L) en el momento de la puesta a disposición de los consumidores. Este libro se presentará, para su diligenciado por el Técnico Inspector de Salud Pública farmacéutico, en el momento de solicitud de renovación del informe sanitario del suministro.
- El gestor de la cisterna o depósito móvil dispondrá de un **libro de incidencias** en el que registrará las actividades realizadas (vigilancia de las estructuras, operaciones de limpieza y desinfección, reparaciones...). A este libro se adjuntará las copias de los resultados de los análisis del **autocontrol** correspondiente al punto de llenado.
- El **laboratorio** que realice las determinaciones del autocontrol cumplirá lo dispuesto en el artículo 16 del Real Decreto 140/2003, de 7 de febrero.
- Deberá ejecutarse la **vigilancia de la estructura de la cisterna o depósito móvil**, sus partes y accesorios con periodicidad trimestral. Con periodicidad anual, y siempre que la vigilancia de la estructura lo aconseje, lo ordene la inspección sanitaria, o existan modificaciones de suministro, se realizará una limpieza (desincrustación) y desinfección de la cisterna de acuerdo con el artículo 11.4 Real Decreto 140/2003, de 7 de febrero.
- Los **productos** utilizados en las operaciones de limpieza y desinfección y los materiales de construcción y revestimiento de la cisterna, se ajustarán a lo dispuesto en los artículos 9 y 14 del Real Decreto 140/2003, de 7 de febrero, respectivamente, y desarrollo normativo de éstos, así como a lo indicado en el Programa de Vigilancia Sanitaria del Agua de Consumo Humano de la Comunidad Autónoma.
- El **Sistema de Información Nacional de Agua de Consumo** (SINAC), gestionado por el Ministerio de Sanidad y Consumo, contempla la incorporación de los suministros a través de cisterna o depósito móvil: <https://sinac.msc.es>.



**Servicio
Canario de Salud**

**DIRECCIÓN
GENERAL DE
SALUD PÚBLICA**

Teléfono 922 47 42 71
Rambla General Franco, 53
38006 Santa Cruz de Tenerife

MODELO PARA LA CONFECCIÓN DEL LIBRO DE RUTA

PRIMERA PÁGINA:

1. Datos de la cisterna:

- Matrícula.
- Capacidad.
- Autorización administrativa (fecha).

2. Datos del gestor:

- Nombre y apellidos.
- DNI o CIF.
- Dirección.
- Teléfono.
- Fax.

RESTO PÁGINAS:

Llenado			Recorrido	Destino			Inspección
Fecha	Hora	CLR* (mg/L)	Km.	Lugar	Hora	CLR*	Fecha / Firma

* Cloro libre residual.