



**Servicio
Canario de Salud**

DIRECCIÓN
GENERAL DE
SALUD PÚBLICA

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

ANEXO (L): GUÍA PARA LA VALORACIÓN DEL CONTENIDO DEL PROTOCOLO DE AUTOCONTROL Y GESTIÓN.

DATOS DEL GESTOR:

Nombre o denominación: _____
Razón social (CIF): _____
Dirección: Calle _____ Núm. _____
Entidad o núcleo de población: _____
Municipio: _____ CP: _____
Provincia: _____
Teléfono: _____ Fax: _____
e-mail: _____

DATOS DEL PROTOCOLO DE AUTOCONTROL Y GESTIÓN DEL ABASTECIMIENTO:

Presenta protocolo de autocontrol y gestión del abastecimiento: Sí No

Municipio.

Relación de los municipios de los que es responsable de la gestión del abastecimiento o abastecimientos: Sí No

Zonas de abastecimiento.

Se relacionan las zonas de abastecimiento por municipio: Sí No

Especificando claramente el ámbito geográfico de cada una: Sí No

Con relación indicativa de cada una de las captaciones, tratamientos, depósitos y redes de distribución: Sí No

Autocontrol de la calidad del agua.

Relación de los puntos de muestreo por zona de abastecimiento: Sí No

Periodicidad de toma de muestras: Sí No

Periodicidad de realización de exámenes organolépticos, análisis de control y completos para cada puntos: Sí No

Modelo de registro de los resultados de los exámenes organolépticos: Sí No

Datos del laboratorio de ejecución de los análisis de autocontrol.

Nombre: _____
Razón social: _____
Dirección: Calle _____ Núm. _____
Municipio: _____ CP: _____
Provincia: _____
Teléfono: _____ Fax: _____
e-mail: _____

Certificado: Sí No

Acreditado: Sí No

Información a los consumidores.

Descripción de los medios, contenido y periodicidad de acuerdo con el Real Decreto 140/2003 y con las indicaciones del Programa de Vigilancia Sanitaria del Agua de Consumo Humano en la Comunidad Autónoma de Canarias: Sí No

Gestión y comunicación de incidencias.

Presenta Hoja modelo del registro de incidencias: Sí No

Indicar ubicación del registro: _____

Responsable de la gestión del registro:

Nombre: _____

DNI núm.: _____ Puesto de trabajo: _____

Medios previstos para la comunicación de incidencias:

Consumidores: Radio Prensa Otros: _____

Municipio: Teléfono Fax

Área de Salud: Teléfono Fax

Personal.

Identificación del personal destinado a las labores de vigilancia de las instalaciones del abastecimiento: Sí No

Identificación del personal destinado a la toma de muestras: Sí No

Identificación del personal destinado a la realización de los exámenes organolépticos: Sí No