

**REGISTRO DE TORRES DE REFRIGERACIÓN Y
CONDENSADORES EVAPORATIVOS**

(ESPACIO RESERVADO PARA EL SELLO DE ENTRADA)

ALTA BAJA

Datos del titular de la instalación	TITULAR		N.I.F. / C.I.F.					
	N.I.F. / Pasaporte / N.I.E. del representante		APELLIDOS Y NOMBRE del representante					
	DOMICILIO: CALLE, PLAZA, AVDA.			Nº	LETRA	ESC.	PISO	PUERTA
	MUNICIPIO		PROVINCIA			CÓDIGO POSTAL		
	TELEFONO	MÓVIL	FAX		E-MAIL			
	N.I.F. / Pasaporte / N.I.E. del presentador		APELLIDOS Y NOMBRE del presentador					
	INSTALADOR							

Ubicación del equipo	ZONA	CODIGO POSTAL	REFERENCIA CATASTRAL
	DIRECCION		
	Situación exacta en el inmueble (terraza, tejado, patio, azotea, jardín, etc.)		
	Altura sobre la vía pública en metros	Distancia en horizontal sobre la vía pública en metros	
	Altura sobre zona accesible del edificio más inmediato en metros	Distancia en horizontal a ventanas o tomas de aire en metros	

Régimen Funcionamiento	<input type="checkbox"/> CONTINUO (Funcionamiento sin interrupción).
	<input type="checkbox"/> ESTACIONAL (Funcionamiento coincidente con los cambios estacionales (primavera-verano)).
	<input type="checkbox"/> INTERMITENTE (Funciona con periodicidad, pero tiene paradas de más de una semana de duración, excepto vacaciones).
	<input type="checkbox"/> IRREGULAR (No sigue ninguna norma en su funcionamiento).

Características del equipo	Tipo de Instalación	Nº de Equipos	Marca y Modelo	Nº de serie	Fecha Instalación	Fecha Reforma	Potencia ventilador (kW, CV)
	Torres de Refrigeración						
	Condensadores Evaporativos						

Procedencia del agua	<input type="checkbox"/> RED PÚBLICA DE DISTRIBUCIÓN	ESPECIFICAR EMPRESA ABASTECEDORA	
	<input type="checkbox"/> SUMINISTRO PROPIO	<input type="checkbox"/> SUBTERRÁNEO	<input type="checkbox"/> SUPERFICIAL
	USO AUTORIZADO POR EL ORGANISMO DE CUENCA		FECHA DE CONCESIÓN DEL APROVECHAMIENTO
	¿EXISTE DEPÓSITO? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	ESPECIFICAR UBICACIÓN	

Documentación Aportada	
<input type="checkbox"/>	PROGRAMA DE MANTENIMIENTO DE LAS INSTALACIONES, según el Art. 8 del R.D. 865/2003, de 4 de julio, por el que se establecen los criterios higiénico-sanitarios para la prevención y control de la legionelosis.
<input type="checkbox"/>	EN CASO DE BAJA, CERTIFICADO por la que se inscribe en situación de alta el equipo en el Registro Municipal, o referencia al mismo.

Marbella, ___ de _____ de _____

Fdo.: _____

El ciudadano/a presentador de la instancia, autoriza que los datos personales recogidos en este impreso sean incorporados a los ficheros automatizados que el Ayuntamiento de Marbella tiene inscritos en el Registro de la Agencia Española de Protección de Datos, pudiendo el interesado ejercer ante este Ayuntamiento los derechos de acceso, cancelación y oposición, todo lo cual se informa en cumplimiento de lo establecido en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal.

Sr/a. Alcalde/sa-Presidente/a del Excmo. Ayuntamiento de Marbella