AYUNTAMIENTO
Marbella
DELEGACIÓN DE SALUD

DECLARACIÓN RESPONSABLE
PISCINAS USO COLECTIVO

(ESPACIO RESERVADO PARA EL SELLO DE ENTRADA)

☐ **APERTURA** ☐ **REAPERTURA**

Dª./D. _____, con D.N.I.: _____,
actuando en calidad de_____ de la Comunidad/Razón Social denominada
_____, con C.I.F..: _____,

La persona abajo firmante, con conocimiento de que la inexactitud, falsedad u omisión, de carácter esencial, en cualquier dato o manifestación reflejada en la presente declaración así como en los documentos aportados o que pudieran ser requeridos por la Administración, determinarán la imposibilidad de continuar con el ejercicio del derecho o actividad afectada desde el momento en que se tenga constancia de tales hechos, sin perjuicio de las responsabilidades, penales, civiles o administrativas a que se hubiera lugar y de la posibilidad de que, mediante previa resolución administrativa que declare tales circunstancias, se le podrá exigir la obligación de restituir la situación jurídica al momento previo al reconocimiento o al ejercicio del derecho o al inicio de la actividad correspondiente, así como la imposibilidad de instar un nuevo procedimiento con el mismo objeto durante un periodo de tiempo determinado, todo ello conforme a los términos establecidos en las normas sectoriales de aplicación,

DECLARA: Que son ciertos cuantos datos figuran en la presente comunicación, que cumple con los requisitos establecidos en la normativa vigente para el acceso o ejercicio de la actividad indicada, que dispone de la documentación que lo acredite y que está informada que la Administración podrá hacer las comprobaciones necesarias relativas al cumplimiento de los datos declarados y tenencia de la correspondiente documentación.

Y se **COMPROMETE** a mantener su cumplimiento en el tiempo durante el que se desarrolle la actividad, a comunicar a la Delegación Municipal de Salud todos aquellos cambios de domicilio a efectos de notificaciones durante el período de tiempo inherente a dicho reconocimiento o ejercicio y a someterse a las actuaciones de comprobación a efectuar por los Servicios Municipales, así como cualesquiera otras de comprobación que puedan realizar los órganos de control competentes, aportando cuanta información les sea requerida en el ejercicio de las actuaciones anteriores.

Datos de la Comunidad o Razón Social				
TITULAR				C.I.F.
DIRECCIÓN				ZONA
CARÁCTER	☐	ABIERTA TODO EL AÑO		
	☐	TEMPORADA	ESPECIFICAR TEMPORADA	
Nº VASOS DESCUBIERTOS		Nº VASOS CUBIERTOS	REFERENCIA CATASTRAL	

Presidente /a Director / a						
N.I.F. / Pasaporte / N.I.E.	APELLIDOS Y NOMBRE					
DOMILICIO: CALLE, PLAZA, AVDA.		Nº	LETRA	ESC.	PISO	PUERTA
MUNICIPIO	PROVINCIA			CÓDIGO POSTAL		
TEFÉFONO	MÓVIL	FAX	E-MAIL			

Administrador / a						
N.I.F. / Pasaporte / N.I.E.	APELLIDOS Y NOMBRE					
DOMILICIO: CALLE, PLAZA, AVDA.		Nº	LETRA	ESC.	PISO	PUERTA
MUNICIPIO	PROVINCIA			CÓDIGO POSTAL		
TEFÉFONO	MÓVIL	FAX	E-MAIL			
N.I.F. / Pasaporte / N.I.E. del presentador	APELLIDOS Y NOMBRE del presentador					

Persona de contacto	
N.I.F. / Pasaporte / N.I.E.	APELLIDOS Y NOMBRE
TELÉFONO	HORARIO

Documentación Aportada		
COMÚN PARA APERTURAS Y REAPERTURAS		
	☐	**AUTOLIQUIDACIÓN** debidamente abonada de la Tasa.
PARA APERTURAS		
	☐	**LICENCIA DE OCUPACIÓN/UTILIZACIÓN** en aquellas piscinas que hayan sido sometidas al Informe Sanitario preceptivo para la construcción, o en su defecto
	☐	**CERTIFICACIÓN URBANÍSTICA** emitida por la Delegación de Urbanismo, que determine que las piscinas y las instalaciones anexas se ajustan a la Ordenación Urbanística Vigente, en el resto de los casos.
	☐	**HOJA DE REGISTRO** debidamente cumplimentada, del Libro de Registro y Control de la calidad del agua del vaso, Diligenciada por el Distrito Sanitario Costa del Sol, de cada uno de los vasos que existan.
	☐	**PLANOS DE PLANTA Y SECCIÓN,** a escala, con indicación expresa del perímetro, superficie de lámina de agua, volumen, profundidad y pendiente que justifique los datos anotados en la Hoja de Registro de cada uno de los vasos que existan.
	☐	**FACTURA** de la empresa suministradora del agua de llenado del vaso si ésta procede de la red pública, y en caso contrario, **INFORME SANITARIO FAVORABLE** del Delegado Provincial en Málaga de la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía.

No obstante, en caso de haberse marcado la casilla de **REAPERTURA, SE PODRÁ REQUERIR AQUELLOS DOCUMENTOS RELACIONADOS ANTERIORMENTE QUE NO OBREN EN PODER DEL EXCMO. AYUNTAMIENTO DE MARBELLA.**

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