

Anexo II_SOLICITUD

SOLICITUD PARA EL REGISTRO OFICIAL DE ESTABLECIMIENTOS Y SERVICIOS BIOCIDAS

Inscripción inicial	☐	Establecimiento	☐
Modificación	☐	Servicio	☐
Cancelación	☐	Nº Registro	

ACTIVIDADES		USOS	
☐	Fabricación	☐	Uso ambiental
☐	Envasado	☐	Uso en la industria alimentaria
☐	Almacenamiento	☐	Prevención y control de la legionelosis
☐	Comercialización	☐	Tratamiento de la madera
☐	Servicios biocidas corporativos	☐	Otros
☐	Servicios biocidas a terceros		
☐	Instalaciones fijas de tratamiento		

DATOS DEL SOLICITANTE			
Nombre y Apellidos:			
NIF:		Representación:	

DATOS DEL ESTABLECIMIENTO/ SERVICIO			
Identificación (persona física o jurídica titular del establecimiento o servicio):			
NIF / CIF:		Teléfono:	Fax:
Nombre comercial (sólo en caso de ser diferente al anterior):			
Dirección:			
Código Postal:		Municipio:	Provincia:
Web:		E-mail:	
Dirección a efecto de notificación (con CP, municipio y provincia):			

CLASIFICACIÓN DE PELIGROSIDAD DE LOS BIOCIDAS							
Muy tóxicos:	☐	Tóxicos:	☐	Nocivos:	☐	Otros:	

GRUPOS Y TIPOS DE BIOCIDAS					
G1. Desinfectantes y biocidas generales:	TIPO 2	☐	TIPO 4	☐	
G2. Conservantes:	TIPO 8	☐	TIPO 11	☐	
G3. Plaguicidas:	TIPO 14	☐	TIPO 18	☐	TIPO 19 ☐
Otros:	GRUPO		TIPO		

La persona abajo firmante declara, bajo su expresa responsabilidad, que son ciertos cuantos datos figuran en esta solicitud y en la documentación presentada y se compromete a comunicar los posibles cambios que sufra la misma. Asimismo, da su autorización expresa para que cuantos datos emitidos por las Administraciones Públicas y sus organismos dependientes, necesarios en este procedimiento y objeto de aportación, puedan ser recabados en su nombre por el órgano gestor mediante transmisiones telemáticas de datos o certificaciones.

Los datos personales recogidos serán incorporados y tratados en el fichero creado por la Dirección General de Salud Pública para la finalidad de esta su solicitud denominado "Registro de Establecimientos Biocidas" y ante el cual se podrán ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición, según la Ley 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal y el Real Decreto 1720/2007, de 21 de diciembre, por el que se aprueba su reglamento de desarrollo.

Nota: Se adjuntará la documentación, según los casos, indicada en el reverso de esta solicitud.

En....., a..... de.....de 20.....

Firma del solicitante y sello de la empresa

ILMO. SR. DIRECTOR GENERAL DE SALUD PÚBLICA

Documentación necesaria (Marcar con una X la documentación que se presenta)	
☐	MEMORIA TÉCNICA DESCRIPTIVA DE LA ACTIVIDAD A DESARROLLAR 1. Descripción del tipo de actividad, de los materiales y equipos y del almacenamiento 2. Relación de productos biocidas 3. Gestión de los residuos 4. Medidas de protección de la salud
☐	SOLICITUD DE DILIGENCIA DEL LIBRO OFICIAL DE MOVIMIENTO DE BIOCIDAS (sólo para biocidas tóxicos y muy tóxicos).
☐	DOCUMENTO OFICIAL DEL PAGO DE TASAS
☐	CAPACITACIÓN Y RESPONSABILIDAD TÉCNICA DEL PERSONAL
☐	PLANO DE LAS INSTALACIONES (fabricación, envasado, almacenamiento e instalación fija de tratamiento)
☐	ETIQUETAS de los biocidas (fabricación y envasado de biocidas)
☐	HOJA DE DIAGNOSIS (servicios biocidas DDD)
☐	CERTIFICADO DE TRATAMIENTO CON BIOCIDAS (servicios biocidas DDD)
☐	CERTIFICADO DE LIMPIEZA Y DESINFECCIÓN (servicios biocidas a terceros de control y prevención de la legionelosis)
☐	CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO DE LA NORMA UNE-EN (servicios biocidas a terceros)

Anexo III_HOJA DE DIAGNOSIS

1. DATOS DE LA EMPRESA DE SERVICIO	
Nombre	
Razón social	
NIF / CIF	
Nº de Registro en el ROESB	
Dirección	
Teléfono	Fax
2. DATOS DEL CLIENTE	
Nombre	
Razón social	
Actividad	
NIF / CIF	
Dirección	
Teléfono	Fax
3. DIAGNOSIS (Recogida de información previa, inspección y análisis de la situación)	
3.1. Características estructurales y de diseño	
3.2. Antecedentes de plagas y controles realizados	
3.3. Factores de riesgo del entorno	
3.4. Detección, identificación y estimación del grado de infestación	
Identificación y estudio de las especies a controlar detectadas en la inspección	
Origen de las citadas especies y ubicación en las instalaciones	
Determinación de la distribución y extensión de las poblaciones nocivas	
3.5. Reconocimiento de las instalaciones (problemas estructurales, higiénicos u operativos)	
3.6. Examen del entorno exterior	
3.7. Resumen final	
4. DATOS DEL RESPONSABLE TÉCNICO	
Nombre	
Tipo de carné	
Fecha de validez del carné	
5. DATOS DEL RESPONSABLE DE LA INSTALACIÓN	
Nombre	
DNI	
Firma del Responsable Técnico	Firma del cliente y sello

Anexo IV_CERTIFICADO DE TRATAMIENTO

1. DATOS DE LA EMPRESA DE SERVICIO					
Nombre					
Razón social					
NIF / CIF					
Nº de Registro en el ROESB					
Domicilio					
Teléfono			Fax		
2. DATOS DEL CLIENTE					
Nombre					
Razón social					
NIF / CIF					
Domicilio					
Teléfono			Fax		
3. DATOS DE LA INSTALACIÓN TRATADA					
Actividad del inmueble					
Domicilio del inmueble					
El Responsable de Tratamiento del Servicio certifica que la instalación arriba indicada (punto 3) ha sido sometida a un Plan Integrado de Plagas en las condiciones que a continuación se detallan:					
DATOS DEL TRATAMIENTO					
Tipo de servicio					
Agente a combatir					
Descripción del lugar tratado					
Descripción del estado de limpieza y de defectos estructurales del inmueble					
Medidas a adoptar					
PRODUCTOS UTILIZADOS					
Grupo/s de biocida/s utilizados					
Tipo/s de biocida/s utilizados					
Categoría máxima de peligrosidad					
Nombre comercial	Materia activa y %	Nº de Registro	Dosis	Técnica de aplicación	Plazo de seguridad

Fecha y hora de inicio del tratamiento		
Fecha y hora de finalización del tratamiento		
Tiempo de validez del tratamiento		
RESPONSABLE TÉCNICO		
Nombre		
Tipo de carné		
Fecha de validez del carné		
APLICADOR DEL TRATAMIENTO		
Nombre		
Tipo de carné		
Fecha de validez del carné		
La empresa de servicio se compromete a señalar o a precintar las zonas tratadas. El cliente da su conformidad al tratamiento y cumple las condiciones e instrucciones que se estipulen, respetando el plazo de seguridad. En caso de accidente consultar al servicio médico de información toxicológica 91 562 04 20.		
Firma del Responsable Técnico	Firma del Aplicador	Firma del cliente y sello

**Anexo V_LOMB**

Nombre del Establecimiento o Servicio:			
Nº ROESBCA:		Dirección:	
Municipio:		Fecha de diligenciado:	
Mes:		Año:	

ENTRADAS DE PRODUCTOS BIOCIDAS					SALIDAS DE PRODUCTOS BIOCIDAS		
Fecha de adquisición	Nombre comercial	Lugar de adquisición	Nº Registro (R) y Lote (L)	Cantidad en Kg/l	Nombre y dirección del receptor	Fecha de cesión, venta o aplicación	Cantidad en Kg/l cedida
			(R):		Nom:		
					DNI/CIF :		
			(L):		Dirección:		
					Firma :		
			(R):		Nom:		
					DNI/CIF :		
			(L):		Dirección:		
					Firma :		