

SOLICITUD DE CERTIFICADO DE SANIDAD PARA CAMPAMENTOS Y ACAMPADAS EN LA COMUNIDAD DE CANTABRIA (2022)

(Art. 25 y 28g del Decreto 23/1986, de 2 de mayo, por el que se regulan los campamentos y acampadas juveniles en el territorio de la Comunidad Autónoma de Cantabria)

RESPONSABLE * (del campamento y de la presente solicitud)

Nombre y Apellidos: _____

DNI/NIF: _____

Titulación acreditativa: _____

PERSONA FÍSICA O JURÍDICA ORGANIZADORA

Persona, Asociación o Entidad: _____

Dirección: _____ N° _____

Código Postal: _____ Población: _____

Provincia: _____ Teléfono/s de contacto : _____

Correo-e: _____

CAMPAMENTO / ACAMPADA / ALBERGUE

Nombre de la finca donde se ubicará : _____

Localización geográfica (en <http://mapas.cantabria.es/>)
Polígono: _____ Parcela : _____

Extensión aproximada de la finca en m² : _____

Localidad: _____

Municipio de: _____

Fechas de inicio : _____ fecha de finalización: _____

N° previsto de personas acampadas : _____ de edades comprendidas entre ___ y ___ años

N° de turnos previstos: _____

CONDICIONES HIGIÉNICO SANITARIAS DEL EMPLAZAMIENTO

(marcar la opción)

AGUA:

Procedencia del agua para beber:

- Agua envasada Red de abastecimiento público
 Fuente / manantial natural Otras, especificar: _____

- ¿Se dispondrá de depósitos de distribución de agua para beber? Sí No
 - ¿Los depósitos serán de material no metálico herméticamente cerrados? Sí No
- Producto (en su caso) que se utilizará para clorar el agua: _____
 - Cantidad de producto que se añadirá por litro de agua a clorar: _____
- ¿Se registrarán determinaciones diarias del nivel de cloro en el agua de bebida? Sí No
- ¿Se darán instrucciones precisas para beber únicamente agua controlada?: Sí No

RECOGIDA Y CONTROL DE EXCRETAS

- ¿La zona de acampada cuenta con un sistema de recogida de excretas? Sí No
- ¿Habrá letrinas situadas a más de 100 metros de ríos, arroyos, pozos o fuentes? Sí No
- ¿Al finalizar la acampada se cubrirán con tierra? Sí No

Otros sistemas: _____

RECOGIDA Y EVACUACIÓN DE BASURAS

¿Se dispondrá de cubos de recogida de basura con cierre hermético que se evacuarán, al menos, cada 24 horas a vertedero municipal?: Sí No indicar alternativa: _____

ALIMENTOS

Los alimentos perecederos se conservarán según las condiciones específica requeridas por cada producto y respetando las fechas de caducidad establecidas por el fabricante:

¿Las personas encargadas de la elaboración y servicio de las comidas disponen de la formación y acreditación necesarias como manipuladores de alimentos?: Sí No

CONTROL SANITARIO

Como responsable, declaro que:

- A la fecha de inicio no hay personas con estado de salud comprometida o con síntomas de enfermedad infecciosa aguda y/o potencialmente transmisible, respiratoria, digestiva o de cualquier otra índole.
- Conozco y me comprometo a estar al día de la normativa, estrategia y recomendaciones sanitarias en relación con la COVID-19, vigentes durante el desarrollo de la actividad.
- La actividad se planificará íntegramente para adaptarse y actuar con respecto a dichas normativa, estrategia y recomendaciones frente a COVID-19.
- En caso de que sean detectados síntomas que se manifiestan de moderados a graves o estos presenten mala evolución (disnea, fiebre > 38°C mantenida), compatibles con la COVID-19 o con otras enfermedades infecciosas, e impidan la continuidad de las actividades, contactaré con las familias, así como con los servicios sanitarios correspondientes (centro médico o 061).
- La actividad cuenta con un Coordinador sanitario: _____ tfno. de contacto: _____

Se aporta plan de respuesta a situaciones de alerta y/o emergencia de carácter sanitario o de otro tipo que puedan conllevar enfermedad o lesión de los participantes. Sí No

En _____, a _____ de _____ de 2022

Firma *

* Imprescindible que el documento esté firmado, bien mediante firma electrónica o de puño y letra (en este caso, escanear el documento a presentar)

CONSEJERÍA DE SANIDAD DEL GOBIERNO DE CANTABRIA
DIRECCIÓN GENERAL DE SALUD PÚBLICA.