

CONSEJERÍA DE SANIDAD

**DOCUMENTO DE NOTIFICACIÓN DE TORRES DE REFRIGERACIÓN Y
CONDENSADORES EVAPORATIVOS**

Alta Baja Fecha

Titular

Instalador.....

Representante (en su caso)

Dirección

Teléfono Fax Correo electrónico

Ubicación de los equipos. (Especificar: dirección y situación exacta, altura en metros, distancia en horizontal a la vía pública, a tomas de aire y a ventanas en metros)

Tipo de instalación	Nº de equipos	Marca Modelo	Nº serie	Fecha instalación	Fecha Reforma	Potencia ventilador (kW, CV)
Torres de refrigeración.						
Condensadores evaporativos.						

Régimen de funcionamiento: Continuo⁽¹⁾ Estacional⁽²⁾ Intermitente⁽³⁾ Irregular⁽⁴⁾

Horas/día de funcionamiento: Días/año

Captación del agua:

Red Pública

Suministro Propio:

Superficial

Subterráneo

¿Existe depósito? No Sí (Especificar ubicación)

Fecha de cese definitivo de la actividad de la instalación.

(1) Funcionamiento sin interrupción.

(2) Funcionamiento coincidente con los cambios estacionales (primavera-verano).

(3) Periódico con paradas de más de una semana.

(4) Que no sigue ninguna norma en su funcionamiento.

En....., a de de

Fdo.