

1. IDENTIFICACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO

TIPO DE ACTIVIDAD DEL ESTABLECIMIENTO (HOTEL, GIMNASIO, POLIDEPORTIVO, COLEGIO, ETC.)			FECHA DE INAUGURACIÓN	
NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO			C.I.F. / N.I.F.	
DIRECCIÓN				N.º
C.P.	TELÉFONO/S	FAX	E-MAIL	
TITULAR / RESPONSABLE DEL ESTABLECIMIENTO				
NOMBRE		PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	

2. INSTALACIONES DE RIESGO CONCURRENTES EN ESTE ESTABLECIMIENTO

Instalaciones con mayor o menor probabilidad de proliferación y dispersión de *Legionella* existentes en este establecimiento:

(Marcar con una cruz)

a/ Torre de refrigeración	<input type="checkbox"/>
b/ Sistemas Agua Caliente Sanitaria con acumulador y circuito de retorno	<input type="checkbox"/>
c/ Sistema de agua climatizada con agitación constante y recirculación a través de chorros de alta velocidad o inyección de aire (spas, jacuzzi, piscinas, vasos o bañeras terapéuticas, bañeras hidromasaje, tratamiento chorro a presión)	<input type="checkbox"/>
d/ Central humidificadora industrial	<input type="checkbox"/>
e/ Sistema de instalación interna de agua fría de consumo humano (tuberías, depósitos, aljibes), cisternas y ACS sin circuito de retorno	<input type="checkbox"/>
f/ Equipo de enfriamiento evaporativo que pulverice agua	<input type="checkbox"/>
g/ Humectadores	<input type="checkbox"/>
h/ Fuente ornamental	<input type="checkbox"/>
i/ Sistema de riego por aspersión	<input type="checkbox"/>
j/ Sistema de agua contra incendios	<input type="checkbox"/>
k/ Elementos de refrigeración-aerosolización, al aire libre	<input type="checkbox"/>
l/ Equipos de terapia respiratoria	<input type="checkbox"/>
m/ Respiradores	<input type="checkbox"/>
n/ Neubilizadores	<input type="checkbox"/>
o/ Otros equipos que contacten con la vía respiratoria	<input type="checkbox"/>