

**IMPRESO COMUNICACIÓN PREVIA DE REAPERTURA DE PISCINAS**  
**TEMPORADA 2024**

**1- DATOS DE LA INSTALACIÓN:**

Nombre o Razón social..... C.I.F :.....  
Dirección: ..... Teléfono:.....  
Número de viviendas .....

**2- DATOS DEL TITULAR O REPRESENTANTE LEGAL**

Presidente/a: ..... E-mail: .....  
Dirección: ..... Teléfono: .....  
D.N.I.: .....  
Administrador/a: ..... Teléfono: .....  
Dirección: ..... D.N.I.: .....  
E-mail: .....

**3- DATOS DE EMPRESA DE MANTENIMIENTO**

Nombre de la Empresa de Mantenimiento.....  
Dirección.....  
CIF.....  
Teléfono.....  
Correo electrónico.....

**4- DATOS DE LA PISCINA:**

Dirección de acceso a la instalación ..... Teléfono: .....  
Procedencia del agua de llenado:  
 Canal Isabel II  
 Pozo  
Fecha prevista de apertura..... Fecha prevista de cierre..... Horario.....  
Número de Vasos: ..... Lámina de agua m2: 1.....2.....3.....4.....  
Volumen m3 1.....2.....3.....4.....  
Desinfectante utilizado.....  
Aforo del vaso: 1.....2.....3.....4.....  
**Agua renovada**    **SÍ** .....**NO**

**5- DOCUMENTACION QUE SE ACOMPAÑA**

- Análisis físico-químico y microbiológico del agua** de todos los vasos que han sido sometidos a tratamiento de invernaje durante el período de cierre de la instalación o precisan tratamiento de choque. Antes de la apertura anual, realizará un análisis que incluya los parámetros establecidos en el **Decreto 80/1998** y el **Real Decreto 742/2013**. En el caso de piscinas que hayan renovado el agua de los vasos, análisis del agua de los vasos a los 15 días del llenado de la piscina, que incluya los parámetros del **Decreto 80/1998** y el **Real Decreto 742/2013**.
- Análisis del agua de pozo, análisis físico-químico y microbiológico del agua de pozo** (en las piscinas que utilicen el agua de esta procedencia) antes de la apertura anual, según el **Real Decreto 3/2023**, o en su defecto, **autorización sanitaria otorgada por la Comunidad de Madrid**, independientemente de las anteriores analíticas citadas.
- Copia del **N.I. F o C.I.F** del titular de la instalación (sólo en piscinas de nueva apertura).

## Área de Sanidad

C/ Husillo, s/n

28400 Collado Villalba - Madrid

T. 91 8499801

Email. [salud@ayto-colladovillalba.org](mailto:salud@ayto-colladovillalba.org)

- Documento acreditativo Socorrista Acuático según **Orden 1239/2021**, de La Comunidad de Madrid
- Documento acreditativo del Médico y/o DUE, si procede, según **Decreto 80/1998**
- Carta de pago de la tasa por reapertura de piscinas.

### 6- DECLARACIÓN RESPONSABLE

El abajo firmante, como titular de la instalación o persona autorizada, declara bajo su responsabilidad que la instalación de referencia, cumple con los requisitos del **Real Decreto 742/2013** por el que se establecen los criterios técnicos sanitarios de las piscinas y el **Decreto 80/1998**, por el que se regulan las condiciones higiénico sanitarias de las piscinas de uso colectivo, y a tener a disposición del servicio municipal de inspección sanitaria la documentación siguiente:

1. Contrato de los socorristas y suplente, así como documento acreditativo como socorrista acuático.
2. Contrato y titulación del médico y/o DUE., si procede.
3. Ficha técnica de los productos químicos que se utilizan en el tratamiento del agua.
4. Certificado de tratamiento de desinfección, desinsectación y desratización por empresa autorizada.

Collado Villalba, a la fecha de firma electrónica.

PRESIDENTA/E, ADMINISTRACIÓN, PERSONA/EMPRESA AUTORIZADA

**NOTA:** no se admitirán como válidas las solicitudes que no estén completamente cumplimentadas con los datos que se indican y que, en caso de firmarlas persona o empresa autorizada, no se acompañen de la autorización correspondiente.