XUNTA DE GALICIA
CONSELLERÍA DE SANIDADE

ANEXO III

PROCEDIMIENTO	CÓDIGO DEL PROCEDIMIENTO	DOCUMENTO
SITUACIÓN DE INCIDENCIA EN UNA PISCINA	**SA431E**	**COMUNICACIÓN**

DATOS DE LA PERSONA COMUNICANTE

NOMBRE/RAZÓN SOCIAL | PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO | NIF

TIPO DE VÍA | NOMBRE DE LA VÍA | NÚMERO | BLOQUE | PISO | PUERTA

PARROQUIA | LUGAR

CP | PROVINCIA | AYUNTAMIENTO | LOCALIDAD

TELÉFONO | FAX | TELÉFONO MÓVIL | CORREO ELECTRÓNICO

Y, EN SU REPRESENTACIÓN (deberá acreditarse la representación fehaciente por cualquier medio válido en derecho)

NOMBRE/RAZÓN SOCIAL | PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO | NIF

DATOS A EFECTOS DE NOTIFICACIÓN

Notifíquese a: ◯ Persona o entidad comunicante ◯ Persona o entidad representante

Todas las notificaciones a las personas interesadas se realizarán solo por medios electrónicos a través del Sistema de notificación electrónica de Galicia-Notifica.gal (https://notifica.xunta.gal.)
Solo se podrá acceder a la notificación con el certificado electrónico asociado al NIF de la persona indicada.
Se enviarán avisos de puesta a disposición de la notificación al correo electrónico y/o teléfono móvil facilitados a continuación:

TELÉFONO MÓVIL | CORREO ELECTRÓNICO

DATOS DE LA INSTALACIÓN

NOMBRE DE LA PISCINA *

TIPO DE VÍA * | NOMBRE DE LA VÍA * | NÚMERO *

PARROQUIA * | LUGAR *

CÓDIGO POSTAL | PROVINCIA | AYUNTAMIENTO | COMUNIDAD AUTÓNOMA
GALICIA

TITULARIDAD ◯ PÚBLICA ◯ PRIVADA

* No se aplica a las piscinas de tipo 3B

TIPO DE INSTALACIÓN

◯ TIPO 1 ◯ TIPO 2 ◯ TIPO 3A ◯ TIPO 3B

TIPO DE INCIDENCIA

☐ AHOGAMIENTOS	☐ TRAUMATISMOS CRANEOENCEFÁLICOS
☐ AHOGAMIENTO CON RESULTADO DE MUERTE	☐ QUEMADURAS GRAVES
☐ LESIONES MEDULARES	☐ ELECTROCUCIÓN
☐ INTOXICACIÓN POR PRODUCTOS QUÍMICOS	☐ OTRAS (ESPECIFICAR):

FECHA DE LA INCIDENCIA | **NÚMERO DE PERSONAS AFECTADAS**

ACCIONES SOBRE LA PISCINA

☐ SIN CIERRE DE LA PISCINA
☐ CON CIERRE TEMPORAL DE LA PISCINA
☐ CON CIERRE DEFINITIVO DE LA PISCINA
☐ OTRAS MEDIDAS O ACCIONES ESTABLECIDAS (ESPECIFICAR):

TIPO DE INTERVENCIÓN

☐ INTERVENCIÓN DEL SERVICIO DE SALVAMENTO Y SOCORRISMO (SSS)
☐ INTERVENCIÓN DE OTRAS PERSONAS AJENAS AL SSS
☐ HALLAZGO DE LA PERSONA FALLECIDA
☐ SE DESCONOCE

Cubrir la siguiente tabla para cada persona afectada

PERSONA AFECTADA NÚMERO 1

◯ HOMBRE ◯ MUJER EDAD: _____ AÑOS

TIPO DE ACTIVIDAD	
☐ NATACIÓN	☐ MASAJE ACUÁTICO O SIMILAR
☐ SALTO	☐ ACTIVIDAD TERAPÉUTICA
☐ BUCEO	☐ OTRAS (ESPECIFICAR):
OTROS DATOS RELACIONADOS CON LA INCIDENCIA	
☐ CONSUMO DE ALCOHOL	☐ PADECE ENFERMEDADES (ESPECIFICAR):
☐ CONSUMO DE DROGAS	☐ OTRAS CIRCUNSTANCIAS (ESPECIFICAR):
SEGUIMIENTO DE LA INCIDENCIA. DESENLACE	
☐ FALLECIDO/A	☐ CON LESIONES PERMANENTES
☐ RECUPERADO/A	☐ SE DESCONOCE
☐ OTROS (ESPECIFICAR):	

PERSONA AFECTADA NÚMERO 2

◯ HOMBRE ◯ MUJER EDAD: _____ AÑOS

TIPO DE ACTIVIDAD	
☐ NATACIÓN	☐ MASAJE ACUÁTICO O SIMILAR
☐ SALTO	☐ ACTIVIDAD TERAPÉUTICA
☐ BUCEO	☐ OTRAS (ESPECIFICAR):
OTROS DATOS RELACIONADOS CON LA INCIDENCIA	
☐ CONSUMO DE ALCOHOL	☐ PADECE ENFERMEDADES (ESPECIFICAR):
☐ CONSUMO DE DROGAS	☐ OTRAS CIRCUNSTANCIAS (ESPECIFICAR):
SEGUIMIENTO DE LA INCIDENCIA. DESENLACE	
☐ FALLECIDO/A	☐ CON LESIONES PERMANENTES
☐ RECUPERADO/A	☐ SE DESCONOCE
☐ OTROS (ESPECIFICAR):	

PERSONA AFECTADA NÚMERO 3

◯ HOMBRE ◯ MUJER EDAD: _____ AÑOS

TIPO DE ACTIVIDAD	
☐ NATACIÓN	☐ MASAJE ACUÁTICO O SIMILAR
☐ SALTO	☐ ACTIVIDAD TERAPÉUTICA
☐ BUCEO	☐ OTRAS (ESPECIFICAR):
OTROS DATOS RELACIONADOS CON LA INCIDENCIA	
☐ CONSUMO DE ALCOHOL	☐ PADECE ENFERMEDADES (ESPECIFICAR):
☐ CONSUMO DE DROGAS	☐ OTRAS CIRCUNSTANCIAS (ESPECIFICAR):
SEGUIMIENTO DE LA INCIDENCIA. DESENLACE	
☐ FALLECIDO/A	☐ CON LESIONES PERMANENTES
☐ RECUPERADO/A	☐ SE DESCONOCE
☐ OTROS (ESPECIFICAR):	

De conformidad con el artículo 13 del Real decreto 742/2013, de 27 de septiembre, por el que se establecen los criterios técnico-sanitarios de las piscinas, los datos recogidos en esta comunicación serán remitidos al ministerio con competencia en materia de sanidad.

COMPROBACIÓN DE DATOS

Los documentos relacionados serán objeto de consulta a las administraciones públicas. En caso de que las personas interesadas se opongan a esta consulta, deberán indicarlo en la casilla correspondiente y aportar una copia de los documentos.	ME OPONGO A LA CONSULTA
NIF de la entidad comunicante.	☐
DNI/NIE de la persona comunicante.	☐

INFORMACIÓN BÁSICA SOBRE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES

Responsable del tratamiento	Xunta de Galicia. Consellería o entidad a la que se dirige esta solicitud, escrito o comunicación.
Finalidades del tratamiento	La tramitación administrativa que se derive de la gestión de este formulario y la actualización de la información y contenidos de la Carpeta ciudadana.
Legitimación para el tratamiento	El cumplimento de una tarea en interés público o el ejercicio de poderes públicos según la normativa recogida en el formulario, en la página https://www.xunta.gal/informacion-xeral-proteccion-datos y en la ficha del procedimiento en la Guía de procedimientos y servicios. Consentimiento de las personas interesadas, cuando corresponda.
Personas destinatarias de los datos	Las administraciones públicas en el ejercicio de sus competencias, cuando sea necesario para la tramitación y resolución de sus procedimientos o para que las personas interesadas puedan acceder de forma integral a la información relativa a una materia.
Ejercicio de derechos	Las personas interesadas podrán acceder, rectificar y suprimir sus datos, así como ejercitar otros derechos a través de la sede electrónica de la Xunta de Galicia o en los lugares y registros establecidos en la normativa reguladora del procedimiento administrativo común.
Contacto delegado de protección de datos e información	https://www.xunta.gal/proteccion-datos-persoais.
Actualización normativa: en el caso de existir diferentes referencias normativas en materia de protección de datos personales en este procedimiento, prevalecerán en todo caso aquellas relativas al Reglamento general de protección de datos.	

LEGISLACIÓN APLICABLE

Real decreto 742/2013, de 27 de septiembre, por el que se establecen los criterios técnico-sanitarios de las piscinas.
Decreto 119/2019, de 19 de septiembre, por el que se regulan los criterios higiénico-sanitarios de las piscinas de Galicia (códigos de procedimiento SA431D, SA431C y SA431E).

FIRMA DE LA PERSONA COMUNICANTE O REPRESENTANTE

Lugar y fecha

_____ , _____ de _____ de _____

galicia

SEDE ELECTRÓNICA https://sede.xunta.gal Este formulario solo podrá presentarse en las formas previstas en su norma reguladora