

## SOLICITUDE DE FUSIÓN DE ZONA DE ABASTECIMIENTO NO SINAC

Solicitante: .....

Organismo ao que pertence: .....

Cargo no organismo: .....

Enderezo: .....

E-mail: .....

Teléfono de contacto: .....

### DATOS DA NOVA ZONA DE ABASTECIMIENTO

DENOMINACIÓN DAS ZONAS DE ABASTECIMIENTO A FUSIONAR:

**ZA 1:**

**ZA 2:**

NOVO NOME DA ZONA DE ABASTECIMENTO<sup>(\*)</sup> :

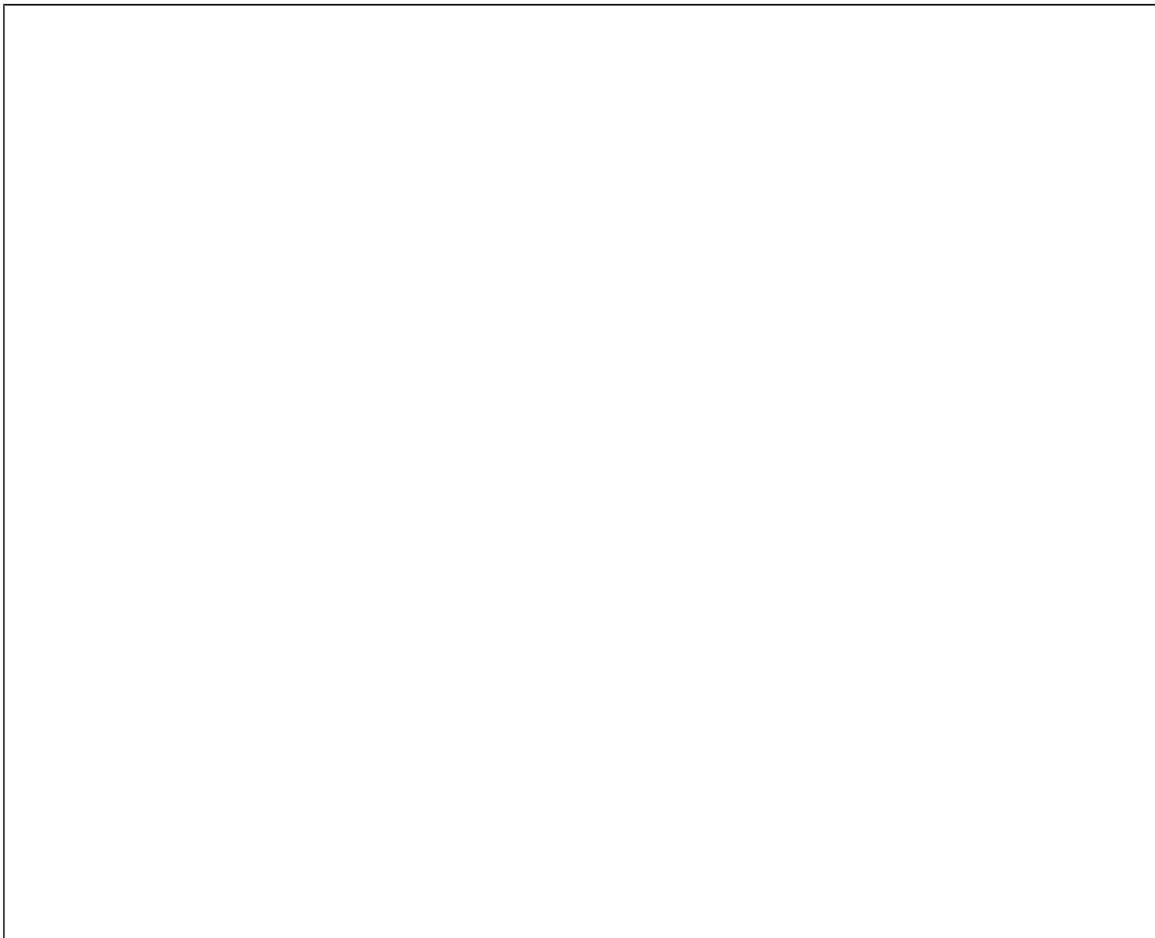
<sup>(\*)</sup>(O nome será: cando coincida o nome da zona co nome do concello: ZA [nome da zona] e cando non coincida o nome da zona co nome do concello: ZA [nome da zona] - [nome do concello])

CONCELLO/S AO/AOS QUE PERTENCE/N A ZA:

PROVINCIA :

EMPRESA XESTORA DA NOVA ZA:

ESBOZO DAS ZONAS DE ABASTECIMENTO COA DENOMINACIÓN DAS  
INFRAESTRUTURAS ASOCIADAS ÁS ZONAS E PROCEDENCIAS DA AUGA (CAPTACIÓN/S,  
TRATAMENTOS, DEPÓSITO/S E REDE/S)



Data: .....

Nome e apelidos: .....

Rúbrica:

CONSELLERÍA DE SANIDADE. DIRECCIÓN XERAL DE SAÚDE PÚBLICA.

EDIFICIO ADMINISTRATIVO DE SAN LÁZARO, S/N. 15703 SANTIAGO DE COMPOSTELA

## REQUISITOS PARA DAR A ALTA NA APLICACIÓN

1 Deberá cubrir esta solicitude

2 Xunto con esta solicitude debe presentar un esbozo das zonas de abastecemento coa denominación das infraestruturas asociadas á zona e procedencias da auga (captación/s, tratamentos, depósito/s e rede/s).

3 Esta solicitude deberá remitirse por correo electrónico: [sinac.galicia@sergas.es](mailto:sinac.galicia@sergas.es). Se o prefire pode enviála por correo ordinario ou rexistro a seguinte dirección:

Consellería de Sanidade

Dirección Xeral de Saúde Pública

Edificio Administrativo de San Lázaro, s/n.

15703 Santiago de Compostela (A Coruña)