

### Datos del Cliente

Nombre del Cliente.....NIF / CIF.....  
 Actividad.....Teléfono.....e-mail.....  
 Dirección.....C.P.....Localidad.....

## Certificado de Inspección y Control de Legionelosis

Fecha.....

### Instalaciones Revisadas

Puntos Terminales (PT)	Humectadores (HUM)	Bañera Terapéutica (TER)	Sistema de Agua Dental (DEN)	Condensador Evaporativo (EVA)
Sistema Agua Fría Sanitaria (AFS)	Fuentes Ornamentales (FO)	Bañera Obstétrica (OBS)	Vehículo de Limpieza Viaria (VIA)	
Sistema Agua Caliente Sanitaria (ACS)	Sist. Riego por Aspersión en Medio Urbano (RIE)	Instalación Mineromedicinal (MNM)	Equipo de Desinfección de Agua (EDF)	Torre de Refrigeración (TRF)
Centrales Humidificadoras Industriales (CHI)	Sistema de Agua Contra Incendios (CI)	Instalación Termal (TRM)	Equipo de Tratamiento de Agua (ETT)	Instalación dada de alta <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Sist. Agua Climatizada Agitación Constante (ACAC)	Instalaciones de Lavado de Vehículos (ILV)	Juegos de Agua (JAG)	Otras instalaciones:	Fecha de Alta.....
Equipos de Enfriamiento Evaporativo (EEE)	Equipo Terapia Respiratoria (RES)	Maquinaria de Riego y Bañeo (MRB)		

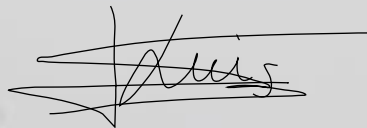
### Parámetros Revisados

Nivel de Temperatura	Nivel de pH	Nivel de Desinfectante	Nivel de Biocida	Nivel de Conductividad	Nivel de Turbidez	Otros Parámetros
.....°C	.....u/pH	.....mg/l	.....mg/l	.....µS	.....UNF	.....

### Informe de Acciones

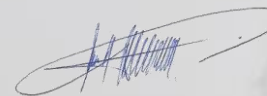
### Medidas Correctoras

Por El Cliente



Fdo.....

Por El Aplicador del Tratamiento



Fdo.....

DNI:.....

Acreditación de la Capacitación:.....

Cualificación:.....

Por El Responsable Técnico



Fdo.: Juan María Rodríguez Pérez

DNI: 79.202.007 N

Acreditación de la Capacitación:.....

Cualificación:.....

Todas las acciones realizadas, así como las medidas correctoras recomendadas, se rigen en todo momento por lo estipulado en el R.D. 487/2022.