

582***CORRECCION de errores del Decreto 29/1995, de 21 de febrero, de la Diputación General de Aragón, de gestión de los residuos sanitarios en la Comunidad Autónoma de Aragón.***

Advertidos errores en el texto remitido para la publicación del citado Decreto, inserto en el «Boletín Oficial de Aragón», número 27, de 6 de marzo de 1995, se formulan las siguientes rectificaciones:

En la página 756, artículo 5.4.b), donde dice: «Con resistencia adecuada a la carga estática. Si se trata de bolsas de plástico, se utilizará doble bolsa de galga mínima 400», debe decir: «Con resistencia adecuada a la carga estática. Si se trata de bolsas de plásticos, se utilizarán bolsas de galga mínima 400».

En la página 757, artículo 8.2, donde dice: «El almacén

central de residuos sanitarios del centro podrá contener los residuos generados en un periodo máximo de 24 horas», debe decir: «El almacén central de residuos sanitarios del centro podrá contener los residuos generados en un periodo máximo de 72 horas».

En la página 761, debe figurar una Disposición Adicional Quinta con la siguiente redacción: «Quinta.—Mediante Orden de los Departamentos de Medio Ambiente, de Sanidad y Consumo y de Agricultura, Ganadería y Montes podrá procederse a la revisión o modificación de los documentos a que se refieren los anexos II a V».

En las páginas 762 a 765, donde figuran los anexos II a V deben figurar los que se reproducen en la presente corrección de errores, quedando en la forma siguiente:

ANEXO II

**DOCUMENTO DE ACEPTACIÓN
DE RESIDUOS SANITARIOS ESPECÍFICOS Y RESIDUOS CITOSTÁTICOS****DATOS DEL CENTRO PRODUCTOR:**

Razón social _____ NIF _____
Dirección _____ Teléfono _____
Municipio _____ Fax _____
Provincia _____ Código postal _____
Nº de autorización de productor: _____

REPRESENTANTE LEGAL DEL CENTRO PRODUCTOR.

Apellidos y nombre _____ D.N.I. _____
Cargo _____ Teléfono _____
Dirección _____ Fax _____
Municipio _____ Código postal _____
Provincia _____

DATOS DE LA EMPRESA GESTORA (TRANSPORTE Y/O ELIMINACIÓN):

Razón social _____ NIF _____
Dirección _____ Teléfono _____
Municipio _____ Fax _____
Provincia _____ Código postal _____
Nº de autorización de gestor: _____

REPRESENTANTE LEGAL DE LA EMPRESA GESTORA.

Apellidos y nombre _____ D.N.I. _____
Cargo _____ Teléfono _____
Dirección _____ Fax _____
Municipio _____ Código postal _____
Provincia _____

Condiciones de la aceptación:

Forma de envasado para la entrega: _____

Cantidad: _____

Frecuencia de entrega: _____

Firma y sello:

Fecha: __/__/__

ANEXO III

HOJA DE CONTROL Y SEGUIMIENTO					
DE LA GESTIÓN DE RESIDUOS SANITARIOS ESPECÍFICOS Y RESIDUOS CITOSTÁTICOS					
Nº de la hoja: _____					
PRODUCTOR Nombre y dirección: _____ _____ NIF: _____ Nº de productor: _____ Responsable de la entrega: _____ _____	RESIDUOS			Peso (Kg)	
	Envasado				
		Tipo	Volumen	Nº de unidades	
	CLASE III	Rígido			
		Semirígido			
Contenedor					
	citostático	Rígido			
Firma: _____			TOTAL		
TRANSPORTISTA: Nombre y dirección de la empresa: _____ _____ NIF: _____ Nº de autorización: _____ Recepción: Fecha ___/___/___ Hora: _____ Nº de matrícula: _____ Responsable recepción: _____ _____		ELIMINADOR: Nombre y dirección de la empresa: _____ _____ NIF: _____ Nº de autorización: _____ Recepción: Fecha ___/___/___ Hora: _____ Responsable recepción: _____ _____			
Firma: _____		Firma: _____			

ANEXO IV

**DECLARACIÓN ANUAL
DE PRODUCTORES DE RESIDUOS SANITARIOS ESPECÍFICOS Y CITOSTÁTICOS
AÑO:**

DATOS DEL CENTRO PRODUCTOR:

Razón social _____

Dirección del domicilio social _____

Municipio _____

Provincia _____

Nº de autorización de productor: _____

NIF _____

Teléfono _____

Fax _____

Código postal _____

REPRESENTANTE LEGAL DEL CENTRO PRODUCTOR.

Apellidos y nombre _____

Cargo _____

Dirección _____

Municipio _____

Provincia _____

D.N.I. _____

Teléfono _____

Fax _____

Código postal _____

CANTIDAD DE RESIDUOS GENERADOS(EN KG.)

PLANTA O SERVICIO	GRUPO III	CITOSTATICOS	TOTAL
TOTALES			

GESTIÓN DE LOS RESIDUOS

TR/ELIM	EMPRESA GESTORA	Nº AUTORIZ	GRUPO III	CITOSTÁTICOS	TOTAL

ANEXO V

**MEMORIA ANUAL
DE LA GESTIÓN DE RESIDUOS SANITARIOS ESPECÍFICOS Y CITOSTÁTICOS**

TRANSPORTISTA

ELIMINADOR

AÑO:

Identificación del agente:

Nombre: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____

NIF: _____

Nº de autorización: _____

PRODUCTOR El agente	TOTAL residuos en kg		TRANSPORTISTA El agente	ELIMINADOR El agente
	Clase III	Citostático		
P1 Nombre y dirección _____ _____ _____			T1 Nombre y dirección _____ _____ _____	F1 Nombre y dirección _____ _____ _____
NIF _____ Nº de autorización _____			NIF _____ Nº de autorización _____	NIF _____ Nº de autorización _____
P2			T2	F2
P3			T3	F3
P4			T4	F4
TOTALES				