

Documento de Control y Seguimiento de Residuos Sanitarios

Firma del responsable del envío Documento n.º

A. DATOS A CUMPLIMENTAR POR EL REMITENTE

A.1 Datos del Centro productor

Razón social N.I.F.
Responsable de la gestión de residuos
Dirección
Localidad

A.2 Datos del residuo que se transfiere

Descripción: Residuos sanitarios grupo II Kg netos:
Residuos sanitarios grupo III Kg netos:
Otros: Cantidad total Kg:
Características remarcables para su transporte y manejo:
.....
.....

A.3 Datos del gestor al que se envían

Razón social N.º de Autorización:
Denominación del centro N.I.F.:
Dirección
Localidad Provincia:

A.4 Datos del transporte completo previsto

Traslado: Fecha de inicio Hora: Fecha de entrega: Hora:
Razón social del transportista
Tipo de transporte Matrícula del vehículo
N.I.F. del transportista N.I.R.I. del transportista
Nº inscripción en registro de transport. Res. Sanitarios.....

B. DATOS A CUMPLIMENTAR POR EL DESTINATARIO

Incidencias respecto a los datos del bloque A:
.....
.....
Aceptación: Sí NO Firma del responsable
Fecha Firmado (Nombre y Apellidos): D.