

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			
<u>Firma:</u> _____	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: _____ _____		
<u>Firma:</u> _____	<u>Firma:</u> _____			

ANEXO IV

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

DATOS DEL CENTRO PRODUCTOR:

Razón social _____ NIF _____
 Dirección del domicilio social _____ Teléfono _____
 Municipio _____ Fax _____
 Provincia _____ Código postal _____
 N° de autorización de productor: _____

REPRESENTANTE LEGAL DEL CENTRO PRODUCTOR.

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

CANTIDAD DE RESIDUOS GENERADOS(EN KG.)

PLANTA O SERVICIO	GRUPO III	CITOSTATICOS	TOTAL
TOTALES			

GESTIÓN DE LOS RESIDUOS

TR/ELIM	EMPRESA GESTORA	N° AUTORIZ	GRUPO III	CITOSTATICOS	TOTAL

ANEXO V

MEMORIA ANUAL DE LA GESTIÓN DE RESIDUOS SANITARIOS ESPECÍFICOS Y CITOSTÁTICOS			
TRANSPORTISTA		ELIMINADOR	
Identificación del agente:		AÑO:	
Nombre: _____	Dirección: _____		
Teléfono: _____			
NIF: _____			
Nº de autorización: _____			
PRODUCTOR El agente	TOTAL residuos en kg		ELIMINADOR El agente
	Clase III	Citostático	
P1 Nombre y dirección _____ _____ _____ NIF _____ Nº de autorización _____			F1 Nombre y dirección _____ _____ _____ NIF _____ Nº de autorización _____
P2			F2
P3			F3
P4			F4
TOTALES			