

**DATOS DEL SERVICIO BIOCIDA**

NOMBRE O RAZÓN SOCIAL  
DOMICILIO SOCIAL  
TELÉFONO  
INSCRITA EN EL ROESBA CON EL N°

POBLACIÓN  
CIF

**DEMANDANTE/CONTRATANTE DEL SERVICIO**

NOMBRE O RAZÓN SOCIAL DE LA ENTIDAD O PARTICULAR  
TIPO DE ACTIVIDAD DEL ESTABLECIMIENTO  
CIF/NIF  
DIRECCIÓN

TELÉFONO  
POBLACIÓN

**DIAGNOSIS DE SITUACIÓN**

**ANTECEDENTES de mayor relevancia e interés vectorial, en su caso: (resumen secuencial)**

**RIESGO RELATIVO (1) de infestación de la instalación/equipos: (existencia o posibilidad de acceso)**

**ESPECIES DETECTADAS**

NOMBRE CIENTÍFICO	NOMBRE VULGAR	ESTIMACIÓN POBLACIONAL (2)	UBICACIÓN EN INSTALACIONES
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

**METODO DE ESTIMACIÓN EMPLEADO (3) (estimaciones absolutas o relativas y unidad de medida)**

**IDENTIFICACIÓN DE EVENTUALES DAÑOS Y URGENCIA DE ACTUACIÓN, en su caso**

**ORIGEN DE LAS CITADAS ESPECIES**

**CUANDO EL PROBLEMA EXCEDA EL AMBITO DE LOCALES CERRADOS**

DISTRIBUCIÓN (4)

FACTORES QUE FAVORECEN EL ACCESO Y LA PROLIFERACIÓN DE ORGANISMOS NOCIVOS (5):

**MEDIDAS CORRECTORAS RECOMENDADAS A ADOPTAR (6)**

- MEDIDAS SOBRE LOS ELEMENTOS ESTRUCTURALES Y CONSTRUCTIVOS:

- MEDIDAS DE OPTIMIZACIÓN DE LAS CONDICIONES HIGIÉNICO-SANITARIAS Y AMBIENTALES:

- MEDIDAS SOBRE EL DESARROLLO DE COMPORTAMIENTOS Y HÁBITOS SALUDABLES:

- MEDIDAS DE CONTROL DIRECTO SOBRE LA ESPECIE NOCIVA:  SI  
 NO

**FECHA DE LA DIAGNOSIS:**

**RESPONSABLE DE LA INSTALACIÓN:** NOMBRE, FIRMA Y SELLO

**RESPONSABLE TÉCNICO:** NOMBRE Y FIRMA

(1) Riesgo Relativo de infestación de la instalación/equipos:

Teniendo en cuenta la existencia o posibilidad de acceso establecemos tres niveles de clasificación del riesgo relativo:

- Riesgo Relativo Alto: Existe claramente la posibilidad de entrada de vectores o de contaminación de la instalación.
- Riesgo Relativo Medio: A pesar de que hay adoptadas medidas que impiden la infestación, se considera la posibilidad de que esta pueda producirse.
- Riesgo Relativo Bajo: Se han adoptado las medidas adecuadas para reducir el riesgo de infestación, siendo poco probable que se produzca.

(2) Especificar el resultado de la estimación según las unidades del método empleado

(3) Especificar si son estimas absolutas o relativas y su unidad de medida

(4) Relacionar los medios en los que se distribuye la población

(5) Enumerar los factores que limitan o favorecen su aparición y distribución

(6) Especificar las medidas correctoras que se recomiendan para la corrección duradera del problema, a adoptar por el demandante del servicio, de forma complementaria a las medidas de control directo sobre la especie nociva llevadas a cabo por un Servicio Biocida autorizado e inscrito en el ROESB.

En este cuadro se podrá recoger aquella información que no sea posible desarrollar en el modelo.

Observaciones

--

**DATOS DEL SERVICIO BIOCIDA**

NOMBRE O RAZÓN SOCIAL  
DOMICILIO SOCIAL  
TELÉFONO  
INSCRITA EN EL ROESBA CON EL N°

POBLACIÓN  
CIF

**DEMANDANTE/CONTRATANTE DEL SERVICIO**

NOMBRE O RAZÓN SOCIAL DE LA ENTIDAD O PARTICULAR  
TIPO DE ACTIVIDAD DEL ESTABLECIMIENTO  
CIF/NIF  
DIRECCIÓN

TELÉFONO  
POBLACIÓN

**CERTIFICADO DE SERVICIO DDD**

**FECHA PRESTACIÓN DEL SERVICIO:**

**En base a la DIAGNOSIS DE SITUACIÓN realizada con fecha:**

**TIPO DE SERVICIO:**

- Vigilancia /Monitorización
- Medidas de control directo
  - Tratamiento Físico       Tratamiento Biológico       Tratamiento Físico-Químico
  - Tratamiento Químico:
    - Desinsectación       Desratización       Desinfección

**IDENTIFICACIÓN DEL TRATAMIENTO FÍSICO, FÍSICO-QUÍMICO, BIOLÓGICO UTILIZADO, en su caso:**

**MEDIDAS CORRECTORAS A ADOPTAR POR LA ENTIDAD:**

- Las mismas que las especificadas en la diagnosis
- Nuevas a adoptar después de la vigilancia

**Descripción de Medidas:**

**PRODUCTOS UTILIZADOS**

Especie Tratada	Área Tratada	Tipo Biocida	Nombre comercial (Materia activa y %)	Nº Registro	Método Aplicación	Dosis (*) %	Plazo de seguridad

(\*)Dosis: dosis aplicada del producto registrado

HORA DE INICIO TRATAMIENTO:                      HORA DE FINALIZACIÓN TRATAMIENTO:                      ACCIÓN RESIDUAL HASTA:

RECIBÍ DEL CLIENTE: NOMBRE, FIRMA Y SELLO

TEC. APLICADOR NOMBRE Y FIRMA

RESPONSABLE TÉCNICO NOMBRE Y FIRMA

TELÉFONO DEL INSTITUTO NACIONAL DE TOXICOLOGÍA: .....