



12337

Hora: 11:30 Fecha: 16/11/2017 T. Municipal: Alcañal de Bujadilla

1.- DATOS DEL/DE LA INSPECTOR/A
Apellidos y Nombre: CAPACE RINCÓN / ANA
Cargo: FARMACEUTICA 22 SE.
D.N.I./N.I.F.: 28.500.700 - C.

2.- DATOS DEL/DE LA INSPECCIONADO/A Y DEL/DE LA TESTIGO (1)
Apellidos y Nombre (persona que presenta la Inspección): VAZQUEZ JIMENEZ ANTONIO
Cargo que ocupa en el establecimiento: APLICADOR
D.N.I./N.I.F.: 52.56.80.84 - P.
Apellidos y Nombre del/de la testigo:
Domicilio:

3.- DATOS DEL ESTABLECIMIENTO
Actividad: SERVICIO Biocida
Nombre del Establecimiento: HIPROHA. BIOCONTROL, S.L.
Domicilio: calle, plaza o avda. y n.º: Pol. Ind. Alcañal X HANZANA 2 NAVE 12. C.P.: 41.500.
Localidad: Alcañal de Bujadilla. Provincia: SEVILLA
Teléfono: Fax:
Apellidos y Nombre/Razón Social de/de la propietario/a: D.N.I./N.I.F.: B-91.770.651.

RESEÑA DE LOS HECHOS

MOTIVOS DE LA INSPECCIÓN:

☐ ORDINARIA

☐ EXTRAORDINARIA

HECHOS

Realizada visita de inspección en cumplimiento del programa de Establecimientos y Servicios Biocidas obteniendo el siguiente resultado: 1) Los vehículos no concuerdan con los que figura en la autorización se han cambiado 2 vehículos. 2) Se han cambiado los productos aplicados sobre todo kgonella no coincidiendo con los que figura en autorización. 3) Tanto modelos de diagnósticos malonem-to y certificados de I.D. de kgonella son incompletos.

5.- RECOGIDA DE MUESTRAS

☐ NO

☐ SI

N.º DE MUESTRAS

N.º

TIPO

LOCALIZACIÓN

EN PODER DEL
INSPECCIONADO

☐ SI

☐ NO

☐ SI

☐ NO

☐ SI

☐ NO

(La toma de muestras se efectúa en la forma legalmente establecida, manifestando el/la inspeccionado/a su conformidad con el método y número de ejemplares recogidos. En el caso de que algún ejemplar/es de la/s muestra/s quede en poder del/de la inspeccionado/a, éste/a es responsable de su custodia y conservación para el posible análisis contradictorio, presumiéndose maliciosa su desaparición o deterioro).

6.- MANIFESTACIONES DEL/DE LA INSPECCIONADO/A

7.- LUGAR, FECHA Y FIRMA

En testimonio de lo actuado, se levanta la presente acta por cuadruplicado quedando una en poder del representante de la empresa firmándola en el lugar y fecha arriba indicado.

EL/LA INSPECCIONADO/A

TESTIGOS

EL/LA INSPECTOR/A