

Departamento de Salud del Distrito: \_\_\_\_\_

Laboratorio de Salud Pública

**1 DATOS DE LA PERSONA O ENTIDAD SOLICITANTE**

DNI, NIF, NIE: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_

Primer apellido: \_\_\_\_\_ Segundo apellido: \_\_\_\_\_

Asociación de consumidores: \_\_\_\_\_

Tipo vía: \_\_\_\_\_ Domicilio: \_\_\_\_\_

Número: \_\_\_\_\_ Portal: \_\_\_\_\_ Escalera: \_\_\_\_\_ Planta: \_\_\_\_\_ Puerta: \_\_\_\_\_

C.P.: \_\_\_\_\_ Municipio: \_\_\_\_\_ Provincia: \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_ Teléfono(s): \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

**2 DATOS DEL PRODUCTO**

Naturaleza de la muestra: \_\_\_\_\_

Peso/ volumen (aprox): \_\_\_\_\_ Temperatura de conservación de la muestra: \_\_\_\_\_

La muestra se encuentra:

Envase original cerrado  envase abierto por el consumidor  producto de venta a granel o fraccionado

Fecha de elaboración: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Fecha de caducidad/ consumo preferente: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Lote de fabricación: \_\_\_\_\_

Etiquetado e ingredientes: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**3 DATOS DEL ESTABLECIMIENTO DONDE SE ADQUIRIÓ EL PRODUCTO <sup>(1)</sup>**

Nombre comercial: \_\_\_\_\_

Tipo vía: \_\_\_\_\_ Domicilio: \_\_\_\_\_

Número: \_\_\_\_\_ Portal: \_\_\_\_\_ Escalera: \_\_\_\_\_ Planta: \_\_\_\_\_ Puerta: \_\_\_\_\_

C.P.: \_\_\_\_\_ Municipio: \_\_\_\_\_ Provincia: \_\_\_\_\_

**4 MOTIVO DE LA SOLICITUD DE ANÁLISIS**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**5 DATOS DE LA MUESTRA (A rellenar por la Administración)**

- Se admite la muestra para su análisis en el Laboratorio de Salud Pública.
- No se admite la muestra para su análisis en el Laboratorio de Salud Pública
  - Por no considerarse de interés para la salud pública y defensa de los consumidores y usuarios.
  - Por no haber sido rechazada su admisión en otro Distrito o en el Laboratorio de Salud Pública.
  - Otros: \_\_\_\_\_

**6 TIPO DE ANÁLISIS QUE SE SOLICITA (A rellenar por la Administración)**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

La persona solicitante declara que la muestra que aporta no ha sido rechazada en el Laboratorio de Salud Pública o en otro Distrito.

En \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_

Firma del personal inspector/administración

Firma de la persona solicitante