



MADRID

SOLICITUD DE ANÁLISIS DE MUESTRAS DE SERVICIO PÚBLICO

Espacio reservado para la etiqueta con los datos del Registro

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

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)

\_\_\_\_\_
\_\_\_\_\_
\_\_\_\_\_

El Laboratorio de Salud Pública se compromete a garantizar la confidencialidad de toda la información obtenida o generada durante las actividades relacionadas con la presente solicitud. En el caso de publicar alguna información o si le fuera requerida por la ley, el Laboratorio de Salud Pública informará con antelación al interesado, salvo prohibición expresa.

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