

**ÁREA DE SALUD DE CÁCERES
DIRECCIÓN DE SALUD**

REQUERIMIENTO SUBSANACIÓN Y MEJORA DE LA SOLICITUD

En relación a la solicitud del trámite para la obtención del informe vinculante para el suministro de agua de consumo humano a través de cisternas o depósitos móviles, referente al suministro cuyos datos se especifican a continuación:

DATOS GESTOR DE LA CISTERNA			
APELLIDOS Y NOMBRE O RAZÓN SOCIAL			DNI O CIF
DIRECCIÓN			NÚMERO
LOCALIDAD		PROVINCIA	C.P.
TELÉFONO	FAX	MATRICULA/S CISTERNA/S	CAPACIDAD/ES
APELLIDOS Y NOMBRE PERSONA DE CONTACTO		TELÉFONO	EN CALIDAD DE
SUMINISTRO			
ORIGEN/PUNTO LLENADO		GESTOR PUNTO LLENADO	CIF/NIF
DESTINO/PUNTO DE ENTREGA (Titular y dirección completa)			CIF/NIF
Responsable			Teléfono
FECHA DE INICIO DEL SUMINISTRO		FECHA DE FIN DEL SUMINISTRO (No superior a 6 meses))	

Una vez revisada la misma, mediante la presente se comunica que deberá remitir a esta unidad la documentación que a continuación se detalla debidamente subsanada en los términos que se indican, al amparo de la legislación aplicable al trámite de su solicitud.

- 1) _____
- 2) _____
- 3) _____

En su virtud, y de acuerdo con el artículo 68 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas, se le concede un plazo de DIEZ (o QUINCE) días para que aporte la documentación anteriormente citada, indicándole que, si así no lo hiciera, se le tendrá por desistido en su petición, previa resolución que deberá ser dictada en los términos previstos en el artículo 21 del citado texto legal.

En _____ a ____ de _____ de _____

EL/LA DIRECTORA/A DE SALUD DEL ÁREA DE CÁCERES

Fdo: _____