



PLAN DE EMERGENCIA PARA ALMACENADORES DE NEUMÁTICOS DESECHADOS:

A CONTINUACIÓN EL PROCEDIMIENTO DE EMERGENCIA DISEÑADO PARA MINIMIZAR LOS PELIGROS A LA SALUD DE LAS PERSONAS Y AL MEDIO AMBIENTE A CONSECUENCIA DE FUEGOS, EXPLOSIONES, O CUALQUIER ESCAPE DE CONSTITUYENTES DE NEUMÁTICOS AL AIRE, SUELO O A CUERPOS DE AGUA.

I. INFORMACIÓN DE LA INSTALACIÓN:

NOMBRE DE LA INSTALACIÓN:					
DUEÑO O REPRESENTANTE AUTORIZADO:					
DIRECCIÓN POSTAL:					
DIRECCIÓN FÍSICA:					
TELÉFONO:		CORREO ELECTRÓNICO:			
NÚMERO DE EMPLEADOS:		HORARIO DE OPERACIÓN:	AM	PM	

II. COORDINADORES DE EMERGENCIA DE LA INSTALACIÓN A CONTACTAR EN CASO DE UNA EMERGENCIA:

NOMBRE DEL COORDINADOR #1:				INICIALES:	
DIRECCIÓN FÍSICA:					
TELÉFONO:		CORREO ELECTRÓNICO:			
NOMBRE DEL COORDINADOR #2:				INICIALES:	
DIRECCIÓN FÍSICA:					
TELÉFONO:		CORREO ELECTRÓNICO:			

III. EQUIPO DE EMERGENCIA DISPONIBLE EN LA INSTALACIÓN (MARCAR LA QUE APLIQUE):

EQUIPO:	CANTIDAD:	LOCALIZACIÓN:	DESCRIPCIÓN:
<input type="checkbox"/> EXTINTOR			
<input type="checkbox"/> EQUIPO PARA CONTROL DE DERRAMES			
<input type="checkbox"/> EQUIPO PARA DESCONTAMINACIÓN			<input type="checkbox"/> DUCHA DE EMERGENCIAS <input type="checkbox"/> DUCHA DE OJOS
<input type="checkbox"/> KIT DE PRIMEROS AUXILIOS			
<input type="checkbox"/> LINTERNAS			
<input type="checkbox"/> SISTEMAS DE CONTROL DE INCENDIOS			<input type="checkbox"/> REGADERAS DE AGUA <input type="checkbox"/> MANGUERA DE INCENDIOS
<input type="checkbox"/> SISTEMA DE COMUNICACIÓN INTERNO			<input type="checkbox"/> SISTEMA DE ALARMA <input type="checkbox"/> SISTEMA DE INTERCOM <input type="checkbox"/> ALTOPARLANTE
<input type="checkbox"/> SISTEMA DE COMUNICACIÓN EXTERNO			<input type="checkbox"/> TELÉFONO <input type="checkbox"/> SISTEMA DE ALARMA

IV. AGENCIA GUBERNAMENTAL O ENTIDADES PRIVADAS A CONTACTAR EN CASO DE EMERGENCIAS:

AGENCIA O ENTIDAD PRIVADA:	DIRECCIÓN FÍSICA:	TELÉFONO :
JUNTA DE CALIDAD AMBIENTAL		
AGENCIA ESTATAL PARA EL MANEJO DE EMERGENCIAS (DEFENSA CIVIL)		
POLICÍA ESTATAL		
POLICÍA MUNICIPAL		
DEPARTAMENTO DE BOMBEROS		
DEPARTAMENTO DE SALUD		
HOSPITAL:		

V. CERTIFICACIÓN: CERTIFICO, BAJO PENA DE PERJURIO, QUE HE EXAMINADO Y ESTOY FAMILIARIZADO CON LA INFORMACIÓN QUE SE SUMINISTRA Y SE EXPRESA EN ESTE DOCUMENTO. BASADO EN LAS INDAGACIONES QUE HE EFECTUADO PARA RECOPIRAR LA INFORMACIÓN SUMINISTRADA, LA MISMA, A MI MEJOR ENTENDIMIENTO, ES VERDADERA, PRECISA Y COMPLETA. ME COMPROMETO A TOMAR TODAS LAS ACCIONES QUE REQUIERE ESTE PLAN Y ESTOY CONSCIENTE QUE EXISTEN PENALIDADES POR EL DELITO DE SUMINISTRAR INFORMACIÓN FALSA, QUE INCLUYEN LA POSIBILIDAD DE MULTA Y ENCARCELAMIENTO.

NOMBRE DUEÑO O REPRESENTANTE AUTORIZADO

FIRMA

FECHA