

LISTA F – INTERVENCIÓN POR PROCESAMIENTO ILÍCITO DE RESIDUOS SÓLIDOS

	Información	Verificación
1	Registre la fecha y la hora	<input type="checkbox"/>
2	Registre el sitio o establecimiento intervenido	<input type="checkbox"/>
3	Registre la localización del sitio o establecimiento	<input type="checkbox"/>
4	Registre el nombre del encargado, cargo y N° de Cédula de Identidad	<input type="checkbox"/>
5	Registre el nombre o razón social del propietario del establecimiento o responsable	<input type="checkbox"/>
6	Registre la actividad o rubro industrial	<input type="checkbox"/>
7	¿Posee habilitación Municipal?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
8	¿Posee habilitación de la Secretaría del Ambiente (Declaración de Impacto Ambiental)?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
9	¿Posee otras habilitaciones sanitarias para operación (MSPBS)?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
10	¿Se verifica el tratamiento, almacenamiento o vertido de residuos sólidos fuera de las instalaciones previstas o apartándose considerablemente de los tratamientos prescritos por la Ley?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
11	¿Los residuos son tóxicos o venenosos o patológicos (capaces de causar enfermedades infecto-contagiosas a seres humanos o animales)?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
12	¿Los residuos son explosivos, inflamables, o, en grado no bagatelario, radioactivos?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
13	Por su género, cualidades o cuantía, ¿los residuos son capaces de contaminar gravemente las aguas, el aire o el suelo?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
14	Registre el medio afectado por los residuos	<input type="checkbox"/>
15	Caracterice el(los) residuo(s)	<input type="checkbox"/>
16	¿Se verifica que el hecho es accidental?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
17	¿El hecho aparenta causar una contaminación grave del medio afectado?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
18	¿El establecimiento/responsable ha tomado medidas de remediación y prevención de riesgos ambientales y a la salud de las personas?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
19	¿Existen vecinos próximos al local que son afectados por los residuos?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
20	¿El hecho se ha ocultado o disimulado?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
21	¿Se verifica la importación de residuos peligrosos?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
22	¿Se verifica que el hecho ha sido realizado con intención de enriquecimiento?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
23	¿Son colectadas muestras de los lixiviados, residuos y/o suelo contaminados?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
24	Indique el N° de Registro de Muestreo y los Códigos de Identificación de Muestras	<input type="checkbox"/>