OSR-1

DEPARTAMENTO DE SALUD DEL ESTADO DE NUEVA YORK
PROGRAMA DE REUBICACIÓN POR DERRAME DE PETRÓLEO
SOLICITUD DE REUBICACIÓN

N.º de derrame: _____ Nombre del derrame:_____

Nombre y dirección de la parte responsable: _____
_____
_____

N.º de teléfono: (___) _____

****

Nombre y dirección del solicitante: _____
_____
_____

N.º de teléfono: (___) _____

Firma del solicitante: _____Fecha _____

****

Información del edificio: residencial / comercial
unifamiliar / varias unidades: cant. de unidades:____
ocupado por el dueño / alquilado

Dueño del edificio: _____ N.º de teléfono: _____

Ubicación del edificio en relación con el derrame: _____

Justificación de la solicitud: _____

Olores (describa): _____

¿Se llevó a cabo el control de vapores orgánicos?: Sí / No

Instrumento: _____ Afiliación de la persona que tomó la muestra: _____

Nombre de la persona que tomó la muestra: _____

Ubicación	Fecha/hora	Resultado	Factores que afectan el resultado*

*P. ej.: ventanas abiertas, ubicación de la sonda

¿Se realizó el muestreo del aire?: Sí / No (Si la respuesta es "Sí", adjunte el informe protocolar del muestreo del aire).

¿El ocupante completó el cuestionario de perfil del ocupante?: Sí / No

Completado por: _____ Fecha _____

Agencia/Cargo: _____ N.º de teléfono: (___) _____

Esta solicitud debe enviarse a:

Bureau of Toxic Substance Assessment
NYS Department of Health
Empire State Plaza, Corning Tower, Room 1743
Albany, NY 12237