

**COMUNICACIÓN ACTIVIDAD
ZONA VALLADA RECINTO PORTUARIO**

EMPRESA PROMOTORA DE LA ACTIVIDAD		Nº EXPEDIENTE/PEDIDO	
PERSONA DE LA EMPRESA RESPONSABLE DE LA SEGURIDAD Y SALUD DURANTE LA ACTIVIDAD/TELÉFONO DE CONTACTO			
RECINTO PORTUARIO	<input type="checkbox"/> PALMA <input type="checkbox"/> PTO. DE ALCÚDIA <input type="checkbox"/> EIVISSA <input type="checkbox"/> MAHÓN <input type="checkbox"/> LA SAVINA		
ZONA o ÁREA			
DESCRIPCIÓN DEL TIPO DE ACTIVIDAD			
PROGRAMACION DE LA ACTIVIDAD			
FECHA DE INICIO			DURACIÓN ESTIMADA

RESPONSABLE DE LA EMPRESA
(Firma y sello de la empresa)

Nombre: _____



Oficina tècnica de coordinació d'activitats
empresarials de l'Autoritat Portuària de Balears

COMUNICACIÓN ACTIVIDAD ZONA VALLADA RECINTO PORTUARIO



Ports de Balears

Autoritat Portuària de Balears