

## ACTA DE ELIMINACIÓN DE DOCUMENTOS

En [lugar], a [día] de [mes] de [ano], [nome e apelidos], como arquivado/a responsable do Arquivo [nome], e [nome e apelidos], [cargo], en calidade de representante do órgano titular dos documentos cuxa relación se xunta

### MANIFIESTAN

Que, transcorridos tres meses desde a publicación no DOG da Resolución de [día] de [mes] de [ano] (DOG núm. ---, de ---, de ---), pola que se autoriza a eliminación dos documentos que máis abaixo se relacionan, de acordo co ditaminado polo Consello de Avaliación Documental de Galicia na súa sesión do [día] de [mes] de [ano], non hai constancia de interposición de recurso algún.

Por este motivo, xa cumpridos os prazos obrigados de conservación, procedeuse a eliminación dos documentos cuxos datos básicos se indican a continuación , sendo ás --- horas do día --- e finalizando ás --- horas do día ---

Nº DE PROPOSTA DE ELIMINACIÓN		
PRODUTOR		
PROCEDEMENTO		
SERIE		
DATAS EXTREMAS DA FRACCIÓN ELIMINADA		
VOLUME DA FRACCIÓN ELIMINADA	Nº UNIDADES DE INSTALACIÓN	
	METROS LINEAIS	
MOSTRAXE (DE SER O CASO)		
OBSERVACIÓNS		

O proceso de traslado e a destrución física dos documentos foron realizados segundo as medidas de seguridade adecuadas, en presenza do arquivado asinante, que da fe, e das persoas que se relacionan no documento que se acompaña.

De todo o cal queda constancia pola presente acta, asinada no lugar e data arriba sinalados, e polos documentos que a acompañan, de acordo co procedemento establecido no artigo 19 do Decreto 15/2016, do 14 de xaneiro, polo que se regula a composición e o funcionamento do Consello de Avaliación Documental de Galicia.

Polo Arquivo

Pola persoa titular

Asdo.:

Asdo.: