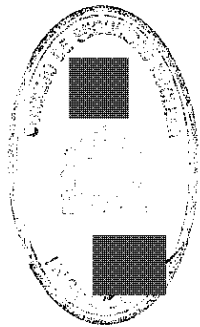




ACTA DE INSPECCIÓN

D^a [redacted] y D^a [redacted] -
[redacted] inspectoras del Consejo de Seguridad Nuclear,

CERTIFICAN: Que se personaron los días 11 y 12 de marzo de 2010 en el emplazamiento de la Central Nuclear Vandellós 2, acompañados por los inspectores residentes del CSN en la central, D. [redacted] y D. [redacted]. La Central Nuclear (CN) Vandellós 2 cuenta con Autorización de Explotación concedida por Orden Ministerial de fecha catorce de julio de dos mil.



Que el objeto de la inspección era verificar el proceso de análisis de determinación del fallo causante del suceso notificable 02/2010, las medidas correctivas y preventivas adoptadas, y el análisis de experiencia operativa realizados por el Titular a consecuencia del mencionado suceso.

Que la Inspección fue recibida por D. [redacted], Director de CN Vandellós 2; D. [redacted] Jefe de Explotación de CN Vandellós 2; D. [redacted], Técnico de Licenciamiento y Seguridad Operativa de ANAV; D. [redacted], Técnico de Mantenimiento Instrumentación de CN Vandellós 2, además de otro personal técnico de la central, quienes manifestaron conocer y aceptar la finalidad de la inspección.

Que los representantes del Titular de la instalación fueron advertidos previamente al inicio de la inspección de que el acta que se levante, así como los comentarios recogidos en la tramitación de la misma, tendrán la consideración de documentos públicos y podrán ser publicados de oficio o a instancia de cualquier persona física o jurídica, lo que se notifica a efectos de que el Titular exprese qué información o documentación aportada durante la inspección podría no ser publicable por su carácter confidencial o restringido.

Que de las manifestaciones efectuadas por los representantes de la central y de la documentación exhibida ante la Inspección resultó lo siguiente:

Que en relación con las actuaciones del Titular durante los **antecedentes de sucesos** de caída de barras que pudieran tener relación con el actual, cabe destacar que:

- El día 13.04.07 se produjo la caída, de forma paulatina, de las barras del grupo 1 del banco de control C, estando la planta en modo 2. El disparo del reactor fue realizado manualmente por los operadores. En un principio se consideró que no se estaba realizando ninguna demanda de movimiento de barras y que el problema podría estar

DK 156992

DK-156685

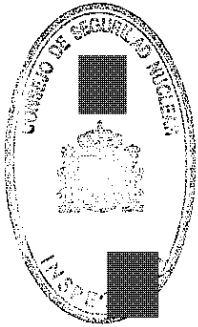


localizado en algún circuito de la cabina de potencia que realiza el control de accionamiento de ese grupo, afectando al valor de la corriente que mantiene energizadas a las bobinas de retención de la barra, siendo de naturaleza intermitente, de modo que no pudo ser reproducido con posterioridad. Sin embargo, durante el análisis del último suceso se ha visto que, a pesar de lo que se creyó en un principio, sí existió demanda de movimiento de barras de control (se entregó a la Inspección un registro donde se comprobó la existencia de dos demandas de movimiento de barras).

Como medidas correctoras se sustituyeron las tres tarjetas de control relacionadas con las bobinas de retención y se revisó exhaustivamente la cabina afectada (1AC).

- El día 2.12.07, estando la planta en modo 1, durante la ejecución del procedimiento POV-04 de movimiento parcial de barras de control, se produjo la caída del grupo 1 del banco de parada A con cierta intermitencia (durante unos 15 s). La caída de barras originó una descompensación entre la potencia del reactor y la turbina que conllevó a una rápida bajada de presión en las líneas de vapor a consecuencia de la cual se produjo inyección de seguridad (IS) con el consecuente disparo del reactor.

El fallo se atribuyó a una conexión defectuosa en la orden de corriente máxima originada muy probablemente en la tarjeta de activación o en el conector asociado a esta tarjeta. A consecuencia de este suceso se revisaron todas las tarjetas de la cabina de potencia.



Que en ambos sucesos, los grupos de barras afectadas han sido los que están controlados por la cabina de potencia 1AC, que son los grupos 1 de los bancos de control A, control C y parada A; esa misma cabina es la que se ha visto implicada en los sucesos que han motivado esta inspección.

Que la **secuencia de sucesos** fue la siguiente:

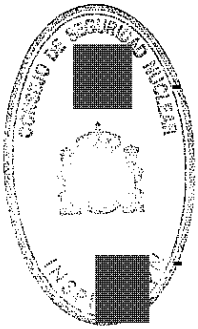
- El día 03.03.2010 a las 8.15am los operadores de sala de control se preparan para realizar el POV-04: Movimiento parcial de las barras de control. Desde el suceso de caída de barras del 2.12.07, previamente a la ejecución del POV-04 se lleva a cabo el PMI-242, procedimiento con el que se realizan una serie de comprobaciones en el sistema de control de barras durante su accionamiento con el fin de detectar fallos en órdenes de corriente desde la cabina lógica a las bobinas de retención (este procedimiento no se aplicó a las bobinas de arrastre porque se había concluido que los incidentes anteriores de caída de barras se debían a fallos relacionados con las bobinas de retención). El PMI-242 se lleva a cabo de forma satisfactoria.
- A las 8.46am Operación inicia la ejecución del POV-04, insertando en primer lugar el banco de parada B. A continuación se procede a mover el banco de parada A, cayendo una de las barras del grupo 1 de dicho banco a fondo (barra C09) e insertándose otras tres parcialmente (la barra N07 baja hasta los 180 pasos y las barras G03 y J13 se posicionan a 186 pasos); la secuencia de inserción del grupo 2 es correcta.



En ese momento, el operador se da cuenta (aparece alarma de una barra caída en el sistema de indicación de posición de barras de control) y deja de demandar movimiento para evitar que caiga otra barra y haya que disparar manualmente el reactor (el criterio de disparo manual son dos barras caídas por debajo de doce pasos, según POF-102: Malfuncionamiento del sistema de control del reactor).

Debido a la experiencia operativa propia anterior, tanto operador como supervisor están pendientes del movimiento y la posición de las barras de control durante la realización del POV-04.

Cabe señalar que en el momento del incidente había dos operadores de reactor en sala de control, ya que se encontraban en fase de solape por haber obtenido uno de ellos la licencia recientemente.

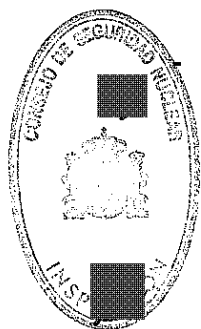


Tras la estabilización del transitorio y la aplicación de la ETF de desequilibrio de potencia por cuadrantes, se procede a realizar una bajada de carga por requerimiento de la ETF 3.1.3.1.b. de desalineamiento de barras de control. A las 13.45h la planta se encuentra en espera caliente.

A las 14.20h se inicia la maniobra de introducción de bancos de control con el banco C, monitorizando las señales asociadas al mismo para intentar localizar el fallo. Tras la orden de inserción, el grupo 1 cae en escalón desde 226 hasta 204 pasos. Operación detiene la maniobra, pero al cabo de 88 s cae de nuevo hasta los 186 pasos. Posteriormente, se reinicia la inserción observándose que la barra M04 cae a fondo y, 11 segundos después, también las barras D04, M12 y D12. En el registro de señales se detecta una degradación en la entrada de corriente a las bobinas de arrastre (el valor de la intensidad de corriente es inferior al necesario, siendo una rampa de 3A en lugar de un escalón de 8A, con un tiempo de respuesta de 307ms en vez de 80ms para alcanzar los 3A). La inserción del grupo 2, sin embargo, es correcta.

- A las 16.04h del mismo día se produce la pérdida de la línea de 400 kV.
- A las 16.33h, sin que haya demanda previa, se produce la caída de la barra N7 del banco de parada A. Inicialmente se pensó que dicha barra no había sido sujeta correctamente por un fallo mecánico, aunque en días posteriores, y tras hacer una serie de pruebas, se concluye que una vez que se produce el fallo de falta de intensidad de corriente a la bobina es probable que las barras no queden bien sujetas y que alguna caiga de forma aleatoria.
- El día 4.03.10, con el objeto de determinar el componente causante del fallo, se realiza la extracción de barras del banco de parada A a 20 pasos, y a continuación la inserción completa, registrándose varias señales. Se observa que las barras del grupo 1 se posicionan de forma correcta y que los registros de perfiles de corriente obtenidos en las bobinas de retención, elevación y arrastre son los adecuados.

- El día 6.03.10, con el sistema de accionamiento energizado, se procede a recuperar la barra D04 del banco de control C, que había quedado atascada. Se monitorizan las señales de corriente a las bobinas de dicha barra y se observa que los perfiles de corriente obtenidos son los esperados y que la barra se posiciona correctamente, de acuerdo a la demanda de extracción.
- El día 7.03.10, a petición de Westinghouse, se llevan a cabo una serie de actuaciones en las cuatro cabinas de potencia sin encontrar ninguna anomalía, salvo la existencia de un conexionado previsto en el diseño original para una 5ª barra (ya se había detectado previamente, el día 5.03.10, en la cabina 1AC). Westinghouse recomienda que dichas conexiones se normalicen (puenteándose dicha salida de la tarjeta de regulación a los 0Vcc de la propia tarjeta), y se procede a ello.



El día 8.03.10 se realizan diversas pruebas para descartar posibles fallos en la tarjeta de alarmas y en la detectora de fallos nº 2, sin encontrarse ningún defecto. Ese mismo día se sustituyen las tarjetas del lazo de control de las bobinas de arrastre de la cabina afectada: tarjeta de activación, de regulación y de control de fase; asimismo, se sustituye la tarjeta de alarmas y la detectora de fallos nº 2. Se llevan a cabo pruebas de extracción/inserción parcial a 12 pasos de los bancos de parada A, control A y control C, observándose que el comportamiento del sistema es correcto.

- El día 9.03.10, para tener una referencia de diagnóstico del sistema durante futuras maniobras de barras con la central en operación, se ejecutan maniobras de extracción/inserción en el banco de control A, monitorizando distintas señales, entre ellas la corriente por las bobinas de arrastre y la tensión de salida del puente rectificador de las mismas (Westinghouse recomienda que a partir de ahora se monitoricen estas señales cuando vayan a realizarse movimientos de barras).
- El día 10.03.10, para comprobar que no se han producido daños en los ejes de accionamiento de las barras del banco de parada A, control A y control C debido al suceso, se realiza un recorrido completo de extracción/inserción a 226 pasos, monitorizando los perfiles de corriente de las bobinas de retención, de elevación y de arrastre del grupo 1. Los perfiles son siempre uniformes y no muestran ninguna anomalía.
- El día 11.03.10, en la reunión del Comité de Seguridad Nuclear de la Central (CSNC) se decide declarar operable el sistema de accionamiento y control de barras. Asimismo, se establecen diversas medidas para minimizar el riesgo de caída de barras y el de inyección de seguridad en este tipo de transitorios.
- El día 12.03.10, el CSNE (Comité de Seguridad Nuclear del Explotador) ratifica la decisión del CSNC del día anterior.

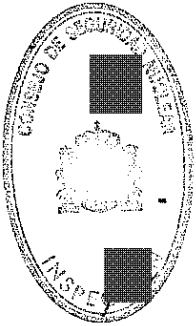
Que durante esta inspección se asistió a un **Comité de Seguridad Nuclear de la Central extraordinario**, donde tras la revisión de todo el diagnóstico, acciones correctoras



implantadas y a medio/largo plazo, informes de Instrumentación, de Ingeniería y de Westinghouse, se determinó que el sistema de accionamiento y control de barras se encontraba operable.

Que la **determinación de la causa** que originó el suceso de caída de barras descrito está basada fundamentalmente en el análisis de las comprobaciones y registros asociados que se indican a continuación:

- La monitorización antes descrita de las maniobras de introducción del banco de control C, es un hecho diferencial frente a los incidentes anteriores de abril y diciembre de 2007, pues se dispone de un registro de una corriente degradada del que anteriormente no se disponía. Los valores de las corrientes para las bobinas de retención y elevación fueron los esperados. El análisis de los datos registrados durante las comprobaciones posteriores al suceso posibilitan inferir que el origen del mismo está en un defecto de corriente de las bobinas de arrastre, que ha impedido la correcta sujeción de los ejes de accionamiento durante la secuencia de pasos de la inserción.

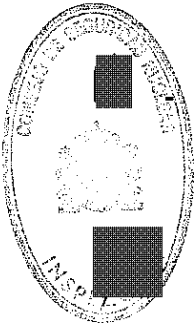


- Se han realizado comprobaciones que indican que no existen defectos de conexiones y cables, confirmadas por termografías e inspecciones visuales de conectores y soldaduras sin observar deficiencias, y se han descartado interferencias eléctricas, etc.; además, se han llevado a cabo numerosas pruebas de accionamiento de barras y monitorización de datos destinadas a la localización del fallo.
- Durante las pruebas realizadas, la reproducción de una corriente degradada a las bobinas de arrastre ha permitido demostrar que, ante una orden de movimiento de barras, si la señal de tensión de referencia (V_{ref}) o la de error (V_{err}) no son generadas correctamente por la tarjeta de regulación, las barras caen sin generarse la alarma de "fallo urgente del sistema de control de barras" que hubiese retenido las barras mediante las bobinas de retención. Se ha comprobado que, tanto en el suceso actual como en los del año 2007, no apareció la alarma mencionada, lo que indica que la tensión demandada por la tarjeta de regulación, aun siendo incorrecta, coincidía con la de realimentación de retorno a la misma desde las bobinas.
- Para comprobar posibles daños ocasionados en los ejes de accionamiento de las barras de parada A y control A y C, se realiza un recorrido completo de extracción/inserción a 226 pasos, monitorizando los perfiles de corriente de las bobinas de retención, de arrastre y elevación del grupo 1, los cuales no muestran ninguna anomalía.

Que la acción correctora inmediata, que tiene una componente preventiva, ha consistido en la sustitución de las tarjetas del lazo de control de las bobinas de arrastre: activación, regulación y control de fase, además de la tarjeta de alarmas y la detectora de fallos nº 2. Tras dichas sustituciones se han realizado pruebas observando el correcto comportamiento del sistema.

Que, de las comprobaciones y análisis de resultados realizados, se ha podido concluir que la causa más probable del desalineamiento de las barras y su posterior caída es un **fallo intermitente en la tarjeta de regulación de la corriente a las bobinas de arrastre**, en concreto en el circuito de generación de V_{ref} o de su derivada V_{err} , teniendo en cuenta las siguientes consideraciones:

- La señal de V_{ref} se genera en la tarjeta de regulación.
- El fallo simulado en la tarjeta detectora de fallos nº 2 produce alarma urgente, lo que la descarta como posible causante de la degradación de V_{ref} ; no obstante, se sustituye.
- La simulación de la degradación de la señal V_{ref} en la tarjeta de alarmas indica que ésta podría ser asimismo causante del fallo, lo cual no es probable ya que fue sustituida durante la recarga de 2007 posteriormente al incidente de abril; sin embargo, se sustituye igualmente.



La tarjeta de regulación no ha sido sustituida anteriormente pero en la revisión realizada por Westinghouse en diciembre de 2007 se le sustituyó un componente (diodo zener), que el Titular manifestó que es probable que tenga algún componente degradado que produzca fallos esporádicos y espontáneos que no es posible detectar en las pruebas periódicas de mantenimiento (a consecuencia de los sucesos de caída de barras anteriores, cada dos recargas se realiza una revisión de todas las tarjetas de las cabinas mediante un autómata suministrado por Westinghouse). La Inspección preguntó acerca de una posible causa de envejecimiento de tarjetas y de si existían recomendaciones de sustitución al cabo de un tiempo por parte del fabricante, a lo que el Titular respondió que una causa clara de envejecimiento ocasionaría fallos en bobinas diferentes de cabinas diferentes, cosa que no ha ocurrido, y que no existe una recomendación de sustitución por envejecimiento ni es práctica de las centrales americanas.

- Los incidentes anteriores de caída de barras encauzaban las investigaciones hacia fallos en el control de las bobinas de retención, por lo que se procedió a sustituir las tarjetas del circuito de regulación de dichas bobinas, las cuales se enviaron a EEUU para su diagnóstico, habiendo sido devueltas a la planta como repuesto sin haber detectado ningún fallo.
- La causa identificada, que supone que el fallo se produce con demanda de actuación, explica los incidentes previos, incluido el primer suceso en el que se consideró que no había demanda. La razón es que actualmente se ha obtenido un registro del ordenador Ovation que certifica que sí hubo demanda.
- Los análisis y recomendaciones de Ingeniería y Westinghouse certifican el informe de intervención de Instrumentación (incluye el análisis de la experiencia operativa ajena).

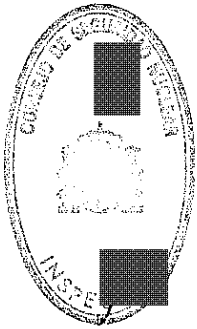
Que, adicionalmente a las intervenciones y pruebas previas a la determinación de la localización del fallo, a la subsiguiente sustitución de tarjetas, y a las pruebas posteriores para la determinación de la operabilidad del sistema, existe un **plan de acciones** con el doble objetivo de minimizar el riesgo de caída de barras y de inyección de seguridad en caso de ocurrir tal caída, el cual se expone a continuación:

Riesgo de caída de barras

- Se verificará el funcionamiento del circuito de control de las bobinas de arrastre previo al movimiento de bancos programado por bajada de carga o realización del POV-04 (de frecuencia trimestral), mediante la ejercitación de dichas bobinas sin movimiento real de barras teniendo como alcance las cuatro cabinas de potencia (1AC, 2AC, 1BD y 2BD); para estas tres últimas cabinas, a sugerencia de la Inspección.
- Se monitorizará el movimiento de los bancos gobernados por la cabina 1AC para, en el hipotético caso de desalineamientos o caída de barras, disponer de información adicional que pueda concretar con mayor precisión la causa del fallo. La monitorización se hará solamente en la cabina que ha presentado problemas, debido al riesgo potencialmente introducido por la misma.

Riesgo de inyección de seguridad

- El [REDACTED] ha analizado el valor de reactividad negativa que, partiendo de un nivel de potencia del 100%, generaría señal de IS en caso de caída y/o desalineamiento de barras: 340 pcm, considerando incertidumbres; por encima de 600 pcm se produciría el disparo del reactor por baja presión. En base a ello se modificará el orden de ejecución del POV-04 para mover en primer lugar el banco de control A. Dado que el grupo 1 de este banco tiene un peso de 150 pcm, aun en el caso de caída de las cuatro barras del grupo la antirreactividad insertada no sería suficiente para provocar la señal de inyección de seguridad por baja presión en generadores de vapor. El cambio de secuencia de ejecución se hará extensivo al resto de bancos, asimismo a sugerencia de la Inspección, de forma que el segundo banco a mover sea el segundo con menor antirreactividad.
- Adicionalmente, se prevé disponer de una utilidad informática para ayudar al operador a tomar la decisión de disparar el reactor en caso de caída o desalineamiento de barras, antes de que se genere la IS, en base al margen disponible entre la señal monitorizada de baja presión de vapor principal a la salida de las tarjetas lead-lag, y el punto de disparo. Actualmente el disparo manual se requiere con al menos dos barras caídas por debajo de 12 pasos. En los casos ejecutados por [REDACTED] indican un tiempo entre 16,7s (100% Pn) y 21s (80% Pn).



Que estas acciones refuerzan las ya incorporadas a raíz del suceso de diciembre de 2007 (supervisión del Jefe de Sala del indicador de posición de barras durante el movimiento de bancos y detención inmediata al advertir la anomalía y asegurar la desconexión de la realimentación de Mw como control de turbina).

Que adicionalmente a las acciones descritas, que constituyen acciones a corto plazo (1 mes), existen otras acciones de plazo indeterminado, como son:

- Incorporación al plan de formación de los turnos de operación los nuevos criterios de actuación respecto a los sucesos de caída de barras.
- Envío a Westinghouse de las tarjetas retiradas para que se realice un diagnóstico que permita determinar el componente defectuoso. El Titular se ha comprometido a revisar las decisiones tomadas en el CSNC/ODM del día 11.03.2010 en caso de que el informe de Westinghouse no determine la causa raíz del fallo.

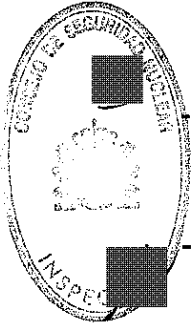
Análisis de la sustitución de tarjetas de las cabinas por otras de diseño mejorado que incluya análisis de experiencia operativa de las tarjetas en otras instalaciones.

Sustituir, aun cuando no hay evidencia alguna de que hayan estado implicados en este suceso, los componentes electrónicos del circuito de potencia de las bobinas de arrastre tales como tiristores, diodos, etc. Esta acción estaría indicada en caso de repetición del fallo en el sistema sin poder determinar la causa.

- Se revisarán los ISN de sucesos anteriores de caída de barras que se hayan visto modificados por las conclusiones obtenidas en este incidente, y se realizará un análisis causa raíz del suceso con metodología HPES.

Que la Inspección hizo incidencia en la importancia de la correcta determinación de los casos en que se debe indicar claramente al operador que dispare manualmente el reactor en prevención de una IS, y en la obtención con la menor demora posible del informe de diagnóstico de Westinghouse de cuyo resultado solicitó ser informada.

Que Operación muestra consenso en el criterio de **disparar manualmente** el reactor en caso de caída de dos o más barras por debajo de doce pasos, y de no hacerlo con una barra caída y otras desalineadas, salvo que la evolución del resto de parámetros de la planta así lo aconseje.



Que ante la pregunta de la Inspección de cual sería la forma de proceder si en operación se deslizaran varias barras (sin caer hasta doce pasos) y se produjera la inyección de seguridad, la central respondió que descartaban que se introdujeran barras de control sin previa señal de demanda de movimiento. Aclaró también que durante el arranque sólo se mueve el banco D, el cual no está controlado por la cabina afectada, y que aunque para alcanzar la criticidad se mueve también el banco C, si éste se cayera estarían a una potencia muy próxima a cero.

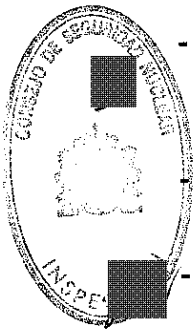
Que la Inspección formuló algunas cuestiones al tecnólogo de **Westinghouse** que ha estado colaborando con la central en las actividades destinadas a localizar del fallo y evitar su repetición, de cuyas respuestas obtuvo la siguiente información:

- No se ha podido reproducir el fallo en la tarjeta de regulación, aunque sí se ha determinado la localización.
- Se recomienda seguir monitorizando el sistema de accionamiento y control de barras.
- Como medida de precaución, al no tener la certeza de que el fallo sea en la tarjeta de regulación, se ha decidido reemplazar otras tarjetas (de control de fase, de activación, de alarmas y detectora de fallos nº 2).

Las pruebas que realiza Westinghouse son para encontrar defectos en componentes de tarjetas causados por envejecimiento, no habiéndose localizado nada así.

Westinghouse dispone de tres caminos distintos a la hora de subsanar este tipo de problemas: revisar las tarjetas instaladas en planta y mantenerlas /repararlas, sustituirlas por tarjetas de nuevo diseño (con mayor capacidad para monitorizar posibles fallos y con 2 circuitos redundantes por si uno de ellos falla) o actualizar el sistema de accionamiento y control de barras a tecnología digital (aún no se ha desarrollado dicha tecnología).

- En otras plantas estadounidenses en las que no han sido capaces de encontrar la causa del fallo, han procedido de la misma forma: sustituir los componentes fallados.
- Tras las actividades realizadas se concluye operativo el sistema de accionamiento de barras de control.

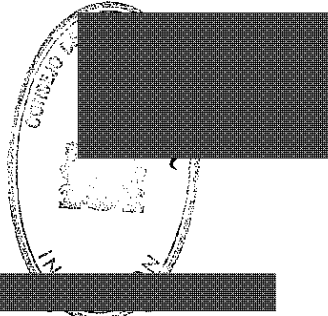







Que, con motivo del suceso, la central ha llevado a cabo una búsqueda de **experiencia operativa ajena** (TR-9-67, TB-06-17, OE-30141, OE-26341, LER 400-08-003, OE-29415, OE-26205, OE-26142, EAR PAR 09-090, MER ATL 08-462, MER ATL 10-019, MER MOW 07-065, MER PAR 10-011), no encontrándose ningún documento directamente aplicable al incidente ocurrido. Adicionalmente, con motivo de este incidente han activado tres sucesos que se encontraban en proceso de análisis o con alguna acción pendiente: EAL2090419R1 (SER-89-27 R1), TB-08-02 y TB-09-01.

Que por parte de los representantes de C.N. Vandellós 2 se dieron las facilidades necesarias para la actuación de la Inspección.

Que para que quede constancia de cuanto antecede y a los efectos que señalan las Leyes 15/1980 de 22 de abril de Creación del Consejo de Seguridad Nuclear y 33/2007 de 7 de noviembre de Reforma de la Ley 15/1980 Creación del Consejo de Seguridad Nuclear, la Ley 25/1964 sobre Energía Nuclear, el Reglamento de Instalaciones Nucleares y Radiactivas y el Reglamento de Protección Sanitaria contra las Radiaciones Ionizantes y el Permiso referido, se levanta y suscribe la presente Acta, por triplicado en Madrid y en la sede del Consejo de Seguridad Nuclear, a 23 de marzo de 2010.

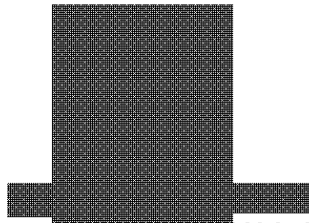

Fdo: 
Inspectora CSN


Fdo: 
Inspectora CSN

TRAMITE: En cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 55 del Reglamento citado, se invita a un representante autorizado de C.N. Vandellós 2 para que con su firma, lugar y fecha manifieste su conformidad o reparos al contenido de esta Acta.

Estamos conformes con el contenido del acta CSN/AIN/VA2/10/734 teniendo en cuenta los comentarios adjuntos.

L'Hospitalet de l'Infant a 19 de abril de dos mil diez.



Director General ANAV, A.I.E.

En relación con el Acta de Inspección arriba referenciada, consideramos oportuno realizar las alegaciones siguientes:

- **Página 1, quinto párrafo.** Respecto de las advertencias sobre la posible publicación del acta de inspección o partes de ella, así como sobre la pregunta que en tal sentido se formuló por el CONSEJO DE SEGURIDAD NUCLEAR (CSN) a los representantes de la instalación, se desea hacer constar expresamente lo siguiente:

Que teniendo en cuenta el acuerdo 4 del Pleno del CSN de 18 de julio de 2006 que ha sido divulgado en Internet, dicho CSN deberá, previamente a la posible publicación del acta eliminar la información que por su carácter personal o confidencial no es publicable.

En este sentido hemos de hacer constar que toda la documentación mencionada y aportada durante la inspección tiene carácter confidencial, afecta a secretos comerciales y además está protegida por normas de propiedad industrial e intelectual por lo que no habrá de ser en ningún caso publicada, ni aún a petición de terceros; en particular, no podrán exhibirse en la red la referencias a procedimientos, documentos, informes, demandas de trabajo, planos, estudios que aparecen a lo largo del acta, así como los anexos a las mismas.

Tampoco habrán de ser publicados los datos personales de ninguno de los representantes de la instalación que intervinieron en la inspección.

Todo lo anterior deriva de las limitaciones impuestas por la Ley 30/1992 LRJPAC (art. 37.4), la Ley 15/1999 de Protección de Datos de Carácter Personal (art. 3.a) y la reciente Ley 27/2006 de 18 de julio sobre acceso a la información en materia de medio ambiente (Art. 13.1 d) y e)), en relación con diversos preceptos constitucionales.

- **Página 2, tercer párrafo.** Comentario:

Donde dice "...originada muy probablemente en la tarjeta de activación o en el conector asociado a esta tarjeta."

Debería decir "**originada muy probablemente en la tarjeta de activación de las bobinas de retención o en el conector asociado a esta tarjeta**"

- **Página 7, primer párrafo.** Información adicional:

El plan de acciones derivado de este incidente, se ha reportado en el PAC en la disconformidad 10/0647, correspondiente al Suceso Notificable N-10-002.

- **Página 8, segundo párrafo.** Información adicional:

En relación a las acciones adicionales a las del propio incidente, se informa de lo siguiente:

- Primer guión: La acción relativa al plan de formación, está reportada en PAC con el código: 10/0647/09.
- Segundo guión: Para el envío de las tarjetas retiradas a Westinghouse se ha abierto la acción 10/0647/10. Para la revisión del CSNC/ODM del 11/03/2010, se ha abierto la acción 10/1107/01.
- Tercer guión: La acción relativa al análisis de la sustitución de las tarjetas, está reportada en PAC con el código: 10/0647/11.
- Quinto guión: La acción relativa a la revisión de los ISN de sucesos anteriores, se ha abierto la acción 10/1107/02. La realización del ACR está recogido en PAC 10/0647/02.

- **Página 8, penúltimo párrafo.** Información adicional:

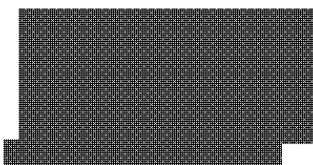
En relación con el envío del informe de Westinghouse al CSN, se ha abierto la acción 10/1107/03.

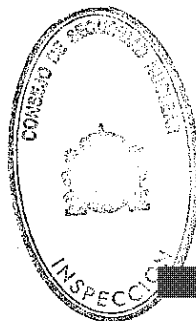
DILIGENCIA

En relación con el Acta de Inspección de referencia **CSN/AIN/VA2/10/734** correspondiente a la Visita de Inspección realizada a la Central Nuclear de Vandellós II los días once y doce de marzo de dos mil diez, las Inspectores que la suscriben declaran, en relación con los comentarios formulados en el TRÁMITE de la misma:

- **Página 1, quinto párrafo:**
El comentario no modifica el contenido del Acta.
- **Página 2, tercer párrafo:**
Se acepta el comentario.
- **Página 7, primer párrafo:**
Se acepta el comentario, que añade información al contenido del Acta.
- **Página 8, segundo párrafo:**
Se acepta el comentario, que añade información al contenido del Acta.
- **Página 8, penúltimo párrafo:**
Se acepta el comentario, que añade información al contenido del Acta.

Madrid, 28 de abril de 2010


INSPECTORA C.S.N.




INSPECTORA C.S.N.