

AUTORIZACIÓN DE ÁREA DE SERVICIO PARA
OPERAR UNIDAD MÓVIL DE ALIMENTOS

ESCRIBA O IMPRIMA EN TINTA. Escriba N/A donde la información solicitada no aplique. NO DEJE ESPACIOS EN BLANCO.

TIPO DE UNIDAD MÓVIL DE ALIMENTOS: MÓVIL PORTÁTIL

VIN: _____

NOMBRE DE LA UNIDAD MÓVIL DE ALIMENTOS (MFU): _____

NOMBRE DE DUEÑO(S): _____ # DE TELÉFONO: _____

FIRMA: _____ FECHA: _____

A COMPLETAR POR EL PROPIETARIO/OPERADOR DEL ÁREA DE SERVICIO

¿Cuántas unidades móviles/portátiles están utilizando esta instalación como área de servicio/depósito? _____

El establecimiento indicado a continuación prestará los siguientes servicios al propietario/operador de la empresa mencionado:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Fuente de agua potable aprobada | <input type="checkbox"/> Área de Preparación de Alimentos |
| <input type="checkbox"/> Eliminación de aguas residuales | <input type="checkbox"/> Enfriamiento/Conservación en frío |
| <input type="checkbox"/> Área de limpieza | <input type="checkbox"/> Área de lavado de cubiertos/platos/equipo |
| <input type="checkbox"/> Almacenamiento nocturno de MFU | <input type="checkbox"/> Área de almacenamiento de equipo y cubiertos |
| <input type="checkbox"/> Refrigeración/congelador nocturno | <input type="checkbox"/> Área de almacenamiento de alimentos secos |

Nombre del área de servicio: _____

Nombre de dueño/gerente: _____

Dirección física: _____ Ciudad/ Estado: _____ Código Postal: _____

de Contacto: _____ # de Fax: _____

Correo Electrónico: _____

**** (Si es fuera de la jurisdicción, adjunte copias del Permiso/Licencia emitido por la Agencia Regulatoria y la Inspección Sanitaria más reciente).**

Con mi firma, autorizo al Operador de la Unidad Móvil de Alimentos indicado anteriormente a utilizar mi establecimiento ubicado en la dirección indicada arriba.

FIRMA: _____ FECHA: _____

NO ESCRIBA ABAJO, SOLO PARA USO OFICIAL DEL DISTRITO DE SALUD

_____ # de permiso del WCHD

_____ FIRMA del Representante de Distrito