

SOLICITUD DE PERMISO ALIMENTICIO TEMPORAL

EL PAGO Y LA SOLICITUD DEBEN ENVIARSE AL MENOS DE 7 DÍAS HÁBILES (lunes a viernes) ANTES DEL INICIO DEL EVENTO PARA EVITAR UNA TARIFA DE RETRASO EQUIVALENTE A LA TARIFA DEL PERMISO (que no exceda a \$100)

1. Evento: _____ Ubicación del evento: _____
2. Fecha(s) de evento-Inicio: _____ Fin: _____ Hora de inicio: _____ Hora de finalización: _____ (para eventos semanales/no consecutivos, indique las fechas abajo)

| Enumere hasta 14 fechas de eventos repetidos, pero no consecutivos (por ejemplo, mercados agrícolas, eventos semanales) | | | | | | | |
|---|--|-----------|--|------------|--|------------|--|
| Fecha #1: | | Fecha #5: | | Fecha #9: | | Fecha #13: | |
| Fecha #2: | | Fecha #6: | | Fecha #10: | | Fecha #14: | |
| Fecha #3: | | Fecha #7: | | Fecha #11: | | | |
| Fecha #4: | | Fecha #8: | | Fecha #12: | | | |

3. Nombre del Negocio / Servicio de alimentos representado: _____
4. Coordinador del evento: _____ # De Coordinador () _____
5. Dirección del Coordinador: _____ Ciudad / Estado / Código Postal: _____
6. Solicitante: _____ # de Trabajo: () _____ # de Casa: () _____
7. Dirección del solicitante: _____ Ciudad / Estado / Código Postal: _____
8. Persona(s) encargadas del sitio de servicio de alimentos: _____ # de contacto: () _____
9. Correo electrónico de la(s) Persona(s) Encargada(s): _____
10. Ubicación de preparación previa: _____ Hora de inicio _____ Hora de finalización: _____

| 11. Enumere los alimentos que se servirán: SOLO los alimentos enumerados podrán servirse en el evento | PREP. FUERA DEL SITIO | PREP. EN EL SITIO | PROCEDIMIENTOS DE COCINA | ALMACEN Frío/Caliente | SERVIR Frío/Caliente |
|---|---|---|--------------------------|---|---|
| | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO | | <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> C | <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> C |
| | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO | | <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> C | <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> C |
| | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO | | <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> C | <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> C |
| | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO | | <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> C | <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> C |
| | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO | | <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> C | <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> C |

12. DESCRIBA: Equipo de almacen frío: _____ Equipo de cocina en caliente: _____
Equipo de almacen caliente: _____ Equipo de recalentamiento: _____
13. Cómo se transportarán los alimentos al sitio de servicio de alimentos: _____
Duración del de transporte al evento: _____ Cómo se mantendrán los alimentos calientes o fríos: _____
14. Termómetro o termopar de alimentos disponible (0-220 ° F): SI o NO
15. Fuente de agua potable: _____ Tipo de eliminación de aguas residuales: Alcantarillado Tanque de retención
16. Tipo de instalaciones de lavado de manos: (escoja uno) FREGADERO PLOMADO CONTENEDOR DE FLUJO DE GRAVEDAD
(mínimo 2 galones de agua en un recipiente aislado con un grifo a manos libres, se requiere un cubo cubierto para aguas residuales, contenedor de jabón con bomba y toallas de papel)
17. Lavado de Utensiles: FREGADERO DE 3 COMPARTIMENTOS CON TUBERIA o
 PROVISION DE CUBIERTOS LIMPIOS ADECUADO PARA LA OPERACIÓN DIARIA
18. Eliminacion de Basura: BOTES CUBIERTOS o BASURERO
19. Instalaciones de baño: BAÑOS PORTÁTILES o INODOROS

Por la presente, doy mi consentimiento para la inspección por parte del DISTRITO DE SALUD DEL CONDADO DE WASHOE y reconozco que la emisión y retención de este permiso depende de la conformidad satisfactoria con los requisitos locales temporales de servicio de alimentos establecidos en la SECCIÓN 170 de las Regulaciones de la JUNTA DE SALUD QUE RIGE LOS ESTABLECIMIENTOS DE ALIMENTOS DEL DISTRITO DEL CONDADO DE WASHOE.

FIRMA DEL SOLICITANTE: _____ FECHA: _____