



SAN BENITO COUNTY

HEALTH & HUMAN SERVICES AGENCY

TRACEY BELTON, DIRECTOR
CHERYL SCOTT MD, MPH, PUBLIC HEALTH OFFICER

Environmental Health
351 Tres Pinos Road, Ste. C-1
Hollister, California 95023
(831) 636-4035 Fax (831) 636-4037

AUTORIZACION DA COMISARIO PARA VENDEDORES DE ALIMENTOS

El tipo de la facilidad (Verifique ___ la caja apropiada)

- | | | |
|--|---|--|
| ☐ Facilidad móvil de Alimento (MFF) | ☐ Unidad móvil de Preparación de Alimento (MFPU) | ☐ Unidad móvil de Apoyo (MSU) |
| ☐ Vendedor de Swap Meet | ☐ Vendedor de Frutas Y Verduras | ☐ Vendedor de Annual TFF |

Según La Salud De California & Código De Seguridad, todos vendedores del alimento son requeridos a operar fuera de un comisario u otra facilidad aprobados por los Servicios de Salud Ambiental. Esta forma deberá ser completada y se deberá ser sometida a Servicios de Salud Ambiental para la revisión y la aprobación antes de que un permiso de salud se pueda conceder o sea renovado.

Información del Vendedor:

Nombre de dueño: _____
Nombre de negocio: _____
Dirección del correo: _____
Numero de teléfono: _____ Licencie Plato El Número: _____
Domicilio Particular: _____
Teléfono Particular: _____ Número de Licencie de Manejar: _____

Yo, entiendo y concuerdo en notifica y recibir la aprobación escrita de los Servicios de Salud Ambiental antes de cualquier cambio de servicios disponibles o la ubicación del comisario. Yo por la presente concuerdo en cumplir con las leyes de el estado de California especificamente las regulaciones que aplican al uso aprobado de un comisario para el negocio móvil mencionado anteriormente.

(Imprima el Nombre de Dueño de Negocio)

(La firma de Dueño de Negocio)

(Fecha)

Información del Comisario: (Una copia del permiso de salud se requiere para los comisarios localizados fuera del condado de San Benito)

El tipo de la facilidad: ☐ Comisaria ☐ Restaurante ☐ Mercado ☐ Otro _____

Nombre del Comisario: _____
Nombre del dueño del Comisario: _____
Domicilio del Comisario: _____
Numero de teléfono : _____ Numero y Condado del Permiso de Salud _____
Vencimiento del Permiso: _____

Yo, el dueño/manejador del comisario, puedo y podre disponer las facilidades necesarias para el vendedor mencionado de alimentos en mi negocio permitido por el departamento. Cualquier cambio será comicado en escrito a este departamento lo mas pronto posible. Los siguientes servicios están disponibles de este local: (Verifique ___ la caja apropiada)

- | | | |
|--|--|--|
| ☐ vaciar los tanques de agua sucia | ☐ el almacenamiento de alimentos refrigerados | ☐ la preparación de alimento |
| ☐ limpieza de vehiculos | ☐ el almacenamiento de producto | ☐ el almacenamiento para provisiones |
| ☐ escuzado y lavamanos | ☐ el almacenamiento de alimentos secos | ☐ lavado de utensiles estacionamiento |
| ☐ el agua potable para llenar los tanques | ☐ el almacenamiento de alimento congelado | ☐ por la noche |
| ☐ Otro: _____ | | |

***La nota:** productos alimenticios que sobran al fin del día deberán ser almacenados solo en comisario aprobado.

(Imprima el Nombre del propietario de la comisario)

(Firma del propietario de la comisaria)

(Fecha)

PUBLIC HEALTH SERVICES
351 Tres Pinos Road, Suite A-202
Hollister CA 95023
831-637-5367

ENVIRONMENTAL HEALTH
351 Tres Pinos Road, Suite C-1
Hollister CA 95023
831-636-4035

MEDICAL THERAPY UNIT
761 South Street
Hollister CA 95023
831-637-1989

HEALTH EDUCATION PROGRAMS
351 Tres Pinos Road, Suite A-202
Hollister, Ca 95023
831-637- 5367