



CIUDAD DE MERIDEN
DEPARTAMENTO DE SALUD Y SERVICIOS HUMANOS
165 MILLER ST., MERIDEN, CT 06450
TELÉFONO: 203-630-4226 FAX: 203-639-0039



SOLICITUD DE SERVICIO TEMPORAL DE ALIMENTOS
Cuota: \$25 (servicio sin fines de lucro)
\$50 (servicio lucrativo)

Solicitante: _____

Dirección del solicitante: _____ Teléfono: _____

Nombre y ubicación del evento: _____

Fecha(s) del evento: _____

Enumere **todos** los alimentos que se servirán: _____

¿Todos los alimentos se prepararán en el puesto de servicio temporal de alimentos? Sí No

Si la respuesta es "No", indique el nombre y la dirección* de la cocina autorizada _____

* Si la cocina no se encuentra en Meriden, incluya una copia de la licencia de servicio de alimentos vigente.

NO SE PERMITEN ALIMENTOS COCINADOS EN CASA O PREPARADOS EN UNA INSTALACIÓN NO AUTORIZADA

Enumere todos los alimentos potencialmente peligrosos y describa cómo y dónde se preparará cada uno de ellos.

Alimento _____ Preparado en Puesto de serv. temp. de alimentos Cocina

Alimento _____ Preparado en Puesto de serv. temp. de alimentos Cocina

Alimento _____ Preparado en Puesto de serv. temp. de alimentos Cocina

Continúa al reverso

Alimento _____ Preparado en _____ Puesto de serv. temp. de alimentos _____ Cocina _____

Alimento _____ Preparado en _____ Puesto de serv. temp. de alimentos _____ Cocina _____

Alimento _____ Preparado en _____ Puesto de serv. temp. de alimentos _____ Cocina _____

Nota: Si el espacio de este formulario no le es suficiente para describir sus procedimientos de preparación de alimentos, anexe una hoja en la que indique todos los pasos incluidos en la preparación de cada artículo del menú.

Requisitos para las operaciones del servicio temporal de alimentos

1. En el puesto de comida debe colocarse una copia de los requisitos básicos para eventos temporales (hoja amarilla), la cual deberán firmar todos los trabajadores.
2. Todas las personas que manipulen alimentos deberán firmar, cada uno de los días del evento, un libro de registro en el que indiquen su nombre, dirección y número de teléfono, además de la fecha y el horario en el que trabajaron.
3. Estos documentos deben conservarse y ponerse a disposición de la División de Salud para su examen, en caso de que así se solicite.

Certifico que recibí las directrices para los servicios de alimentos en eventos temporales de la División de Salud de Meriden, que estoy familiarizado con ellas y que el establecimiento arriba descrito será operado y mantenido de conformidad con dichas directrices y con el Código de Salud Pública (Public Health Code) del estado de Connecticut.

Firma del solicitante: _____

Fecha: _____

=====

Para uso exclusivo de la oficina

Fecha de la solicitud _____

Cuota pagada _____ Núm. de recibo _____

Fecha de emisión _____

Autorizada por _____