



SOLICITUD DE LICENCIA DE SERVICIO DE COMIDAS

UNIDAD MÓVIL, ALMACÉN, DEPÓSITO, MÁQUINA EXPENDEDORA

<input type="checkbox"/> Clase 1 <input type="checkbox"/> Clase 2 <input type="checkbox"/> Clase 3 <input type="checkbox"/> Clase 4	Tipo de construcción: <input type="checkbox"/> Nueva <input type="checkbox"/> Remodelada
<input type="checkbox"/> Depósito <input type="checkbox"/> Expendedora (# de máquinas__)	<input type="checkbox"/> Cambio de titularidad (proporcione un menú)
<input type="checkbox"/> Almacén	Fecha de apertura estimada: _____
Historial de licencias: Con licencia previa de Oregón: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No De ser así, último año de operación: _____ Condado donde se otorgó la última licencia: _____	
Nombre del establecimiento: _____	
Teléfono del establecimiento: _____	Redes sociales: _____
Fuente de agua dulce: <input type="checkbox"/> Ciudad <input type="checkbox"/> Hogar <input type="checkbox"/> Pozo privado <input type="checkbox"/> Negocio local <input type="checkbox"/> N/A (<i>Depósitos</i>) Escriba el nombre, la ciudad y/o la dirección de su fuente de agua: _____	

Ubicación(es) de la unidad móvil (dirección y ciudad): _____							
¿Se envió el contrato de eliminación de aguas residuales? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> N/A				¿Se envió el contrato de baños? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> N/A			
Días y horario de operación: Marque con un círculo los días y escriba el horario de operación							
Días	Dom	Lun	Mar	Mie	Jue	Vie	Sáb
Horario	a	a	a	a	a	a	a
Meses de operación:		<input type="checkbox"/> Todo el año - - U - - <input type="checkbox"/> Otro: _____					

Ubicación del depósito/máquina expendedora (dirección, ciudad, código postal): _____

Ubicación del almacén (dirección, ciudad, código postal): _____	
Nombre de cocina autorizada: _____	¿Se envió el contrato de almacén? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> N/A
¿Qué días/horario se usará el almacén? _____	

Nombre del operador: _____	<input type="checkbox"/> Individual <input type="checkbox"/> Corporación <input type="checkbox"/> Sociedad
Dirección postal: _____	
Correo electrónico: _____	Teléfono: _____

¿Es usted el dueño de otros establecimientos autorizados por el Departamento de Salud? Sí No De ser así, nombre(s): _____

Todas las licencias emitidas bajo esta Ley se deberán renovar el 31 de DICIEMBRE de CADA AÑO. Acepto cumplir con las disposiciones del Capítulo 624 de los Estatutos Revisados de Oregón y el Capítulo 333 de las Reglas Administrativas de la Autoridad de Salud de Oregón correspondiente. Además, certifico que la información proporcionada en este formulario es exacta.

Firma del solicitante: _____ Fecha: _____

**EMITIR LOS CHEQUES A: MARION COUNTY
 ENVIRONMENTAL HEALTH
 3160 CENTER ST NE
 Salem, OR 97301-4592**

Para uso oficial		
Tarifa recibida: \$ _____	Fecha: _____	Recibo núm.: _____
<input type="checkbox"/> Aprobado <input type="checkbox"/> No aprobado	Fecha: _____	Inspeccionado por: _____