



Ciudad de Dallas

ESTABLECIMIENTO TEMPORAL FIJO (CUBIERTO)
REVISIÓN DE PROYECTO DE CARRITO DE CAFÉ

CÓDIGO DE LA CUENTA: _____

FECHA DE LA SOLICITUD ____/____/____

NOMBRE DE LA UNIDAD DEL CARRITO DE CAFÉ _____

DIRECCIÓN DONDE SE COLOCARÁ LA UNIDAD DURANTE HORAS LABORALES

Teléfono del establecimiento _____

PROPIETARIO DEL ESTABLECIMIENTO DE VENTA DE ALIMENTOS

Teléfono de la casa _____

DIRECCIÓN DEL ESTABLECIMIENTO DE VENTA DE ALIMENTOS

DIRECCIÓN POSTAL _____ CÓDIGO POSTAL _____

PERSONA DE CONTACTO PARA LA INSPECCIÓN _____

TELÉFONO LOCAL _____

GERENTE DE SERVICIOS ALIMENTARIOS _____

Nº DE CERTIFICADO _____ SE VENCE EL _____

MENÚ (Todos los alimentos deben estar preaprobados)

Por favor, marque los alimentos que se servirán en el establecimiento.

___ Capuchino/café expés ___ Café tipo gourmet/té ___ Refrescos

___ Paquetes de papitas o tortillas/dulces ___ Pastelitos/donas ___ Otros _____

ALIMENTOS ADICIONALES: _____

NOTA: Sólo se podrán autorizar los alimentos y bebidas enumerados

Firma del solicitante _____ Fecha _____

Nº de licencia de conducir del solicitante _____ Fecha de nacimiento _____

Condiciones especiales _____

Dirección del Departamento de Salud _____ Fecha _____