



**DEPARTAMENTO DE SERVICIOS AMBIENTALES Y DE SALUD**  
**DIVISIÓN DE PROTECCIÓN Y EDUCACIÓN ALIMENTARIA**  
**SOLICITUD PARA AUTORIZACIÓN EN EL MANEJO SEGURO DE ALIMENTOS**

<b>TARIFAS</b> Certificado.....\$16.00  Total incluido.....\$17.00  <b>Todas las tarifas son no reembolsables</b>	<b>ENVIAR SU SOLICITUD A:</b>  Food Handlers Registration City of Dallas Department of Environmental and Health 7901 Goforth Road Dallas, Texas 75238  <b>Teléfono: (214) 670-8083</b>  <b>Fax: (214) 670-8330</b>	<b>PARA USO DEL PERSONAL DE LA OFICINA SOLAMENTE</b>  Certificate # _____ Card Code _____ Date Certified _____ Expires _____ Eligibility _____ Date Typed/Mailed _____ Reviewed By _____
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

**En letra de imprenta por favor – Debe llenar todos los espacios**

Nombre \_\_\_\_\_  
Apellido \_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_ Inicial \_\_\_\_\_

Dirección de domicilio \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ N° de Seguro Social \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

N° de licencia de conducir \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Otra identificación \_\_\_\_\_  
**(Se requiere una fotocopia de la licencia de conducir)**

Establecimiento de venta de alimentos para cual se asigna la autorización \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_

Fecha en que piensa asistir: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ PM

**Ubicación de la clase:**

¿Es la primera vez que se inscribe? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Entiendo que la divulgación de información falsa constituye un motivo para revocar este certificado de autorización. Confirmando por la presente que la información proporcionada arriba es verídica y correcta.

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL SOLICITANTE