



Nº del Permiso: _____

**ESTABLECIMIENTO TEMPORAL FIJO (CUBIERTO)
REVISIÓN DEL PROYECTO DEL KIOSKO**

INFORMACIÓN GENERAL

FECHA DE LA SOLICITUD _____/_____/_____

NOMBRE DE LA UNIDAD DEL KIOSKO _____

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
____ Algodón de azúcar ____ Paquetes de papitas o tortillas/dulces
____ Pastelitos/donas Otros _____

Especifique aquí los detalles de cualquier alimento que se prepare en su puesto de venta, como por ejemplo, condimentos, bebidas frías, etc. _____

**SEÑALE CUALQUIER ALIMENTO QUE NO PROCEDA DE UN FABRICANTE
AUTORIZADO DE ALIMENTOS PARA LA VENTA** _____

