



R183 DECLARACIÓ RESPONSABLE SANITÀRIA CASALS

Empleneu aquest document amb lletra clara

Escriviu les dades de la persona física o jurídica que formula la sol·licitud i les del seu representant, si escau, i aporteiu, en aquest cas, el document de representació corresponent.

Els camps marcats amb una (F) són obligatoris per a les persones físiques (ciutadans/es), els marcats amb una (J) són obligatoris per a les persones jurídiques (empreses) i els marcats amb una (A) per a tots dos.

PERSONA INTERESSADA				
<input type="checkbox"/> Física <input type="checkbox"/> Jurídica	Nom (F)	Primer Cognom (F)	Segon Cognom (F)	<input type="checkbox"/> DNI o NIF <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> PAS
Nom o Raó Social (J)		Departament		Càrrec
ADREÇA POSTAL				
Carrer, plaça, etc. (A)			Número	Pis Porta
Població (A)		Codi postal (A)	Telèfon Fix	Telèfon Mòbil
Correu electrònic (obligatori en cas d'optar per la notificació electrònica)				
Informació addicional				

Autoritzo l'Ajuntament de L'Hospitalet que m'envii avis de les notificacions electròniques que aquesta sol·licitud pugui originar, als següents mitjans:

- Al telèfon mòbil
 Al correu electrònic

Les notificacions electròniques seran accessibles a la bústia electrònica de la seu <https://seuelectronica2.l-h.cat> prèvia identificació de l'interessat i seran realitzades només en els procediments administratius que així ho estableixin, sense perjudici de les altres vies de comunicació que estiguin establertes. Les persones físiques poden exercir el seu dret a ser també notificades mitjançant correu postal si així ho indiquen en la present sol·licitud.

Vull rebre notificacions mitjançant correu postal a l'adreça postal especificada a l'efecte de notificació.

REPRESENTANT				
<input type="checkbox"/> Física <input type="checkbox"/> Jurídica	Nom (F)	Primer Cognom (F)	Segon Cognom (F)	<input type="checkbox"/> DNI o NIF <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> PAS
Nom o Raó Social (J)		Departament		Càrrec

ADREÇA POSTAL					
Carrer, plaça, etc. (A)		Número	Pis	Porta	
Població (A)		Codi postal (A)	Telèfon Fix		Telèfon Mòbil
Correu electrònic (obligatori en cas d'optar per la notificació electrònica)					
Informació addicional					

Autoritzo l'Ajuntament de L'Hospitalet que m'envii avís de les notificacions electròniques que aquesta sol·licitud pugui originar, als següents mitjans:

- Al telèfon mòbil
- Al correu electrònic

Les notificacions electròniques seran accessibles a la bústia electrònica de la seu <https://seuelectronica2.l-h.cat> prèvia identificació de l'interessat i seran realitzades només en els procediments administratius que així ho estableixin, sense perjudici de les altres vies de comunicació que estiguin establertes. Les persones físiques poden exercir el seu dret a ser també notificades mitjançant correu postal si així ho indiquen en la present sol·licitud.

- Vull rebre notificacions mitjançant correu postal a l'adreça postal especificada a l'efecte de notificació.

SOL-LICITUD (A)

ADREÇA ON ES REALITZARÀ EL CASAL								
Tipus de via	Nom de la via	Bloc	Nombre	Pis	Porta	Escala	Lletra	Km
Municipi		Codi Postal		Província			País	
Observacions								

DADES DEL CASAL
Dates i horaris

Denominació

GESTIÓ DEL MENJADOR I INSTAL·LACIONS DISPONIBLES
Ubicació del menjador

Nom i cognoms de la persona responsable

DNI de la persona responsable

Telèfon de la persona responsable

Cuina pròpia	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí
--------------	-----------------------------	-----------------------------

Càtering	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí
----------	-----------------------------	-----------------------------

Dades del càtering (adreça i registre sanitari)

Nombre de comensals del menjador

Dies que no dinen al menjador

Instal·lacions que disposen pel servei de menjador (pot seleccionar més d'una opció amb el Ctrl)

Cuina Aparell escalfaplats Neveres

Congeladors

Pica rentamans (pot seleccionar més d'una opció amb el Ctrl)

Accionament no manual Aigua calenta Dosificador de sabó

Paper eixugamans

DOCUMENTACIÓ

Documentació en el casal a disposició de la inspecció: 1. Formació en manipulació d'aliments de les persones que treballen 2. Pla de neteja i desinfecció 3. Pla de control de plagues i animals indesitjables 4. Pla de control de proveïdors i traçabilitat 5. Pla de control de temperatures (temperatures dels aparells de refrigeració, aparells de congelació i armaris calents, temperatura del menjar en el moment de la recepció i del menjar previ al servei) 6. Pla de control dels al·lèrgens i substàncies que provoquen intolerància alimentària

DECLARO RESPONSABLEMENT

Que les dades consignades en aquesta declaració són exactes i que:

- L'entitat organitzadora del casal complirà o farà complir els requisits establerts en la legislació sanitària de l'activitat d'elaboració de menjars preparats.
- Em comprometo a complir els abans esmentats requisits mentre exerceixi l'activitat.
- Em comprometo a comunicar a l'Ajuntament totes les modificacions de titularitat, instal·lacions, equipaments, activitat o comercialització.

Són certes totes les dades contingudes en aquesta sol·licitud i en els documents que s'adjunten.

Em comprometo a aportar totes les dades i els documents escaients, relacionats amb la finalitat d'aquesta sol·licitud, que em siguin requerits per l'ajuntament.

Estic assabentat/ada que l'aportació de dades o documents falsejats o inexactes podrà ser motiu per cancel·lar o deixar sense efecte la meva sol·licitud, sens perjudici que es puguin emprendre les accions legals procedents.

No accepto

Accepto

DOCUMENTS APORTATS

Si adjunteu documents, feu-ne constar la relació aquí

1 _____ <input type="checkbox"/>	4 _____ <input type="checkbox"/>
2 _____ <input type="checkbox"/>	5 _____ <input type="checkbox"/>
3 _____ <input type="checkbox"/>	6 _____ <input type="checkbox"/>

(Data i signatura de la persona sol·licitant)

L'Hospitalet de Llobregat, a

d'

de

