

Itinerario Para Alimento Móvil Y Horario De Operación

Importante: Tenemos que contactarnos con usted para inspeccionar su vehículo. Favor de llamar a este Departamento si alguna de la siguiente información cambiara. La falta de proporcionar información precisa puede resultar en la suspensión del permiso.

Nombre de Negocio de Alimento Móvil:	
Numero de Matrícula de Vehículo:	
Número de Teléfono Celular de Alimento Móvil:	

Marque una de las siguientes casillas:

NOTA: Usted debe obtener la licencia apropiada de negocio para **cada** ubicación y adherirse a las ordenanzas de la ciudad apropiada y/o del Condado. Falta de hacer lo anotado, puede resultar en multas /penalidades no reguladas por este departamento.

☐	Yo planeo operar en una sola ubicación. La dirección en la que voy a operar es: _____ Información completa (días / horas de operación) en la página siguiente
☐	Yo planeo operar en varias ubicaciones o en una ruta Información completa (días / horas de operación) en la página siguiente

Yo, el propietario/titular del permiso de la instalación móvil de alimentos notada arriba, estoy de acuerdo a adherir al siguiente itinerario. Me pondré en contacto con el Departamento de Servicios de Salud Pública del Condado de Kern, División de Salud Ambiental si mi itinerario cambiara. Entiendo que si se me encuentra operando en una ubicación no autorizada por este departamento, mi Permiso de Salud Ambiental será revocado y debo dejar de operar hasta que someta un itinerario aprobado con autorización de baño correspondiente(s).

Firma de Propietario/Titular de Instalación de
Alimento Móvil

Letra de Molde

Fecha

Listar Todos Los Días, Horas Y Ubicaciones De Operación

(Adjunte páginas adicionales si es necesario. Vea el ejemplo)

Si Ubicación/Es De Operación Cambian, Debe Informar Nuestra Oficina Llamando Al (661) 862-8740.

[illegible]