

**PROGRAMA DE SALUD AMBIENTAL DEL CONDADO LINN**

PO Box 100, 315 SW 4<sup>TH</sup> AVE, 2<sup>do</sup> piso, ALBANY, OR 97321

TELEFONO (541) 967-3821 FAX (541) 924-6904

<http://www.co.linn.or.us/health/eh/eh.htm>



Fecha en que se recibió el aviso: \_\_\_\_\_

**AVISO DE MOVIMIENTO DE LA UNIDAD MÓVIL**

**Los estatutos revisados de Oregon 624.320 requieren que cuando una unidad móvil se mueva a un condado que no sea el condado que autorizó la unidad móvil, la persona encargada de la unidad móvil debe notificar al Departamento de Salud del Condado al que se traslada, antes de operar la unidad móvil dentro de ese condado.**

**El/la inspector(a) puede inspeccionar su unidad móvil y cobrarle una tarifa de inspección de \$ 25.00, o requerirle que obtenga una licencia de restaurante temporal si está funcionando fuera de los requisitos establecidos por el condado en el que tiene la licencia.**

Si está funcionando en un evento organizado en el Condado Linn, complete lo siguiente:

Nombre del evento \_\_\_\_\_

Dirección/ubicación del evento \_\_\_\_\_ Coordinador(a) del evento \_\_\_\_\_

Fecha (s) del evento \_\_\_\_\_ # Tax ID de Organización sin fines de lucro. \_\_\_\_\_ (requerido para organizaciones caritativas).

1. Nombre de el/la solicitante: \_\_\_\_\_ Tel. diurno (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Dirección postal de el/la solicitante: \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ CP \_\_\_\_\_

Fecha (s) de funcionamiento \_\_\_\_\_ Horas \_\_\_\_\_

Persona a cargo del funcionamiento: \_\_\_\_\_ Tel. diurno: (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Complete la sección 2 o proporcione una copia de su licencia actual de la unidad móvil:

2. Nombre de negocio de la unidad móvil: \_\_\_\_\_

Nombre de la unidad móvil individual o corporativa tiene Licencia para: \_\_\_\_\_

Nombre del Condado donde la unidad móvil tiene licencia: \_\_\_\_\_

Número y fecha de vencimiento de la licencia: \_\_\_\_\_

### 3. Fechas, horarios y lugares de funcionamiento en Linn para el año calendario actual

**Si funciona en una ubicación fija, complete la sección a continuación:**

Planeo funcionar en un solo lugar.

Dirección del lugar: \_\_\_\_\_

Horario de funcionamiento (días y horas): \_\_\_\_\_

**Si funciona en varias ubicaciones, complete la sección a continuación**

Planeo funcionar en múltiples ubicaciones o en una ruta.

Enumere todas las ubicaciones donde planea operar. Si opera en una ruta fija o en varias ubicaciones, indique la hora aproximada (y las fechas, si corresponde) en cada ubicación. Adjunte hojas adicionales si es necesario.

Nombre del evento	Ubicación de funcionamiento	Fechas y horas de funcionamiento

Devuelva el formulario completo a: Programa de Salud Ambiental del Condado de Linn  
P. O. Box 100  
315 SW 4<sup>th</sup> Ave, 2<sup>nd</sup> Floor  
Albany, OR 97321

**Si su (s) ubicación (es) de funcionamiento o ruta cambian** debe informar a su departamento de salud local. Si traslada su unidad móvil a otro condado, debe notificar al departamento de salud local del condado al que se muda antes de que comenzar a operar.

MENÚ (enumere todos los alimentos, incluidos aderezos): para más espacio para el menú, dé vuelta la hoja

Alimentos	Como se sirve		Hecho a la hora que lo ordenan		Preparado fuera del lugar		Preparado en el lugar		Describe el método de cocción
	Caliente	Frio	SI	No	SI	No	SI	No	

Firma de el/la Solicitante

Fecha

\*\*\*\*\*

Sólo para uso de oficina:

¿Inspección Realizada? S N Fecha \_\_\_\_\_

Tarifa \_\_\_\_\_ Fecha en que se recibió la tarifa \_\_\_\_\_ Recibo Número \_\_\_\_\_

\*\*\*\*\*