



CIDADE DE MILFORD

CONSELHO DE SAÚDE

Milford Town Hall 52 Main Street, Milford MA01757
Phone (508) 634-2315 Fax (508) 473-1380

PEDIDO DE PERMISSÃO PARA OPERAR UM ESTABELECIMENTO DE ALIMENTOS

**Taxa de permissão anual: Veja abaixo (a pagar à cidade de
Milford) AS TAXAS DE INSCRIÇÃO NÃO SÃO
REEMBOLSÁVEIS**

INFORMAÇÕES SOBRE O ESTABELECIMENTO DE ALIMENTOS

Nome do estabelecimento de alimentos:

Endereço do estabelecimento de alimentos:

Endereço para correspondência: (para correspondência, avisos de renovação de permissão, etc.)

Email:

Telefone:

INFORMAÇÕES SOBRE O PROPRIETÁRIO

A entidade proprietária é um(a): Corporação Parceria Associação Individual Outra entidade

Nome da entidade proprietária:

Pessoa de contato:

Título:

Endereço:

Telefone:

Pessoa diretamente responsável pelas operações diárias deste estabelecimento de alimentos:

Título:

Telefone:

Supervisor Imediato da Pessoa mencionada acima (como Supervisor Distrital ou Regional):

Título:

Telefone:

NÚMERO DE TELEFONE DE EMERGÊNCIA 24 HORAS:

CERTIFICAÇÕES

Nome (s) dos gerentes de alimentos certificados:

Os regulamentos do Conselho de Saúde de Milford exigem que um gerente de alimentos certificado esteja no local sempre que os alimentos estiverem sendo preparados ou servidos - certifique-se de fornecer certificações de pessoal suficientes para garantir a conformidade.

Detentores de certificação de treinamento de conscientização sobre alérgenos:

Data de validade:

A pessoa certificada em Conscientização Alérgica também deve possuir uma certificação de gerente de alimentos de acordo com 105 CMR 590.011 (C) (3) (a).

Certificação (ões) Anti-Choking (MGL CH.94§305D) (Estabelecimentos com mais de 25 assentos ou mais):

Data de validade:

VOCÊ DEVE FORNECER CÓPIAS DE TODAS AS CERTIFICAÇÕES LISTADAS ACIMA

TIPO DE INSTALAÇÃO - TAXAS DE PERMISSÃO

Food Service - significa um estabelecimento onde os alimentos são preparados

Alimentos de varejo - significa um estabelecimento com alimentos pré-embalados

Serviço de alimentação (0-75 assentos)	\$200.00	Alimentos de varejo (less than 5,000)	\$125.00
Serviço de alimentação (75+ seats)	\$350.00	Alimentos de varejo (more than 5,000)	\$300.00
Fornecedor	\$50.00	Estabelecimento Temporário de Alimentos Móveis, por evento	\$15.00
Casa de Adoração	No Fee	Estabelecimento de alimentação móvel temporário, por temporada	\$75.00
Revisão do plano, novo alimento de varejo do estabelecimento de alimentos renovados	\$100.00		

DATAS E HORAS DE OPERAÇÃO

O estabelecimento opera o ano todo

O estabelecimento é sazonal de

Segunda-feira:

Sexta-feira:

Terça-feira:

Sábado:

Quarta-feira:

Domingo:

Quinta-feira:

MANUTENÇÃO

Fonte de água potável:

água municipal

poço no local

Eliminação de esgoto:

Sistema municipal

Sistema de eliminação de esgoto no local

Desinfetante químico usado:

Empresa de controle de pragas:

Empresa de eliminação de resíduos:

Coletor de graxa Empresa de bombeamento de manutenção:

PÁGINA DE ASSINATURA

- ✓ Eu, abaixo assinado, atesto a exatidão das informações fornecidas neste requerimento e afirmo que a operação do estabelecimento de alimentos cumprirá com 105 CMR 590.000 e todas as outras leis aplicáveis.
- ✓ Eu, como requerente, asseguro aos agentes do Conselho de Saúde acesso às instalações licenciadas / permitidas e registros aplicáveis em todos os momentos razoáveis para inspecionar as instalações para fins de investigação de doenças transmissíveis, investigação de reclamações e de outra forma proteger a saúde pública.
- ✓ Fui instruído pelo Conselho de Saúde sobre como obter cópias do 105 CMR 590.000 e do Código Federal de Alimentos. (<https://www.sec.state.ma.us/spr/sprcat/agencies/105.html>)
- ✓ Recebi uma cópia da Política de Inspeção de Saúde para Estabelecimentos Alimentares do Conselho de Administração da Cidade de Milford.

*Nenhum pedido de autorização de estabelecimento de alimentos deve ser considerado sem as seguintes informações -
Certifique-se de preencher TODOS os itens na caixa abaixo:*

De acordo com o Capítulo 62C do MGL, § 49A, certifico, sob pena de perjúrio, que, até onde sei, apresentei todas as declarações de impostos estaduais e paguei os impostos estaduais e locais exigidos por lei.

Número da previdência social OU número de identificação federal:

Nome impresso:

Endereço para correspondência:

Data de nascimento do requerente:

Encontro:

Assinatura: