



# SOLICITUD DE LICENCIA PARA UNIDADES MÓVILES

<b>Clase de Unidad Móvil</b>	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
<b>Construcción:</b> <input type="checkbox"/> Preexistente <input type="checkbox"/> Nueva <input type="checkbox"/> Remodelada <input type="checkbox"/> Cambio de Dueño (proporcione un menú)				

**Historial de Licencia:** ¿El establecimiento tenía previamente licencia en Oregon?  Sí  No  
 De ser así, último año de operación: \_\_\_\_\_ Condado donde se otorgó la última licencia: \_\_\_\_\_  
 Nombre de la unidad móvil anterior: \_\_\_\_\_

**Nombre de la Unidad Móvil:** \_\_\_\_\_  
 Dirección de la Unidad Móvil: \_\_\_\_\_  Varios Lugares  
 Fecha estimada de apertura? \_\_\_\_\_ Teléfono del establecimiento: \_\_\_\_\_  
 Correo electrónico del establecimiento: \_\_\_\_\_

**Nombre del Dueño:** \_\_\_\_\_  
 Persona individual  Corporación  Sociedad  
 ¿Es usted dueño de otros establecimientos autorizados por el Departamento de Salud?  Sí  No  
 De ser así, apunte los nombres: \_\_\_\_\_  
 Dirección postal del Dueño: \_\_\_\_\_  
 Correo electrónico del dueño: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_  
 Información adicional de contacto o facturación: \_\_\_\_\_

¿De dónde obtiene el agua?  Ciudad  Casa  Pozo Privado  Negocio Local  N/A  
 Indique el nombre, ciudad y/o la dirección de su suministro de agua: \_\_\_\_\_

¿Dónde va a evacuar las aguas contaminadas? \_\_\_\_\_  N/A  
 \*\*Presente un *Formulario de Acuerdo de Eliminación de Aguas Contaminadas*

¿Va a utilizar un almacén/bodega o un comisariato (cocina comercial)?  Sí  No  
 De ser así:  Almacén/Bodega  Comisariato (Nota: puede que se requiera una licencia adicional)

¿Se proporcionarán asientos a los clientes?  Sí  No

¿Dónde tendrán acceso a un baño los trabajadores del servicio de alimentos? \_\_\_\_\_

\*\*Presente un *Formulario de Acuerdo de Baños*

<b>Días y Horario de Operación:</b> Escriba el horario de operación -- <b>O</b> -- <input type="checkbox"/> Desconocido							
Días	Dom.	Lun.	Mar.	Mié.	Jue.	Vie.	Sáb.
Horas	a	a	a	a	a	a	a
Meses de Operación:	<input type="checkbox"/> Todo el año -- <b>U</b> -- <input type="checkbox"/> Otro: _____						

Todas las licencias emitidas bajo esta Ley se deberán renovar el 31 de DICIEMBRE de CADA AÑO. Acepto cumplir con las disposiciones del Capítulo 624 de los Estatutos Revisados de Oregón y las Reglas Administrativas del Capítulo 333 de la Autoridad de Salud de Oregón correspondiente. Además, certifico que la información proporcionada en este formulario es exacta.  
 Firma del solicitante: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

<b>Para Uso de la Oficina</b>		
Tarifa recibida: \$	Fecha:	Recibo Núm:
<input type="checkbox"/> Approved <input type="checkbox"/> Not Approved	Date:	Inspector: