COMMUNITY AND ECONOMIC
DEVELOPMENT DEPARTMENT
Division of Environmental Health

2222 "M" Street
Merced, CA 95340
(209) 381-1100
(209) 384-1593 (fax)
www.countyofmerced.com/eh

# REGISTRO OPERATIVO DE LA INSTALACIÓN MÓVIL DE COMIDA ("MFF")

Nombre de la Empresa Móvil: _____ Número de Identificación: FA00 Número de Placa: _____

*Nombre del Comisario:* _____ *Número de Identificación del Comisario: FA00* *(si se encuentra en el condado de Merced)*

Abajo, complete el año correcto y seleccione la casilla correspondiente para indicar qué trimestre calendario cubre este informe. Cada día de operación, marque la casilla en la cuadrícula correspondiente a la fecha en que el MFF (instalación móvil de comida) trabajó y visitó al comisario aprobado para el servicio y / o almacenamiento, según sea obligación:

(*Seleccione una Casilla*) Año: 20

| ☐ Q1 | ☐ Q2 | ☐ Q3 | ☐ Q4 | DÍA DEL MES | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | 29 | 30 | 31 |
| ENE | ABR | JUL | OCT | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| FEB | MAY | AGO | NOV | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| MAR | JUN | SEP | DEC | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

**Todos las unidades de instalación móvil de comida (MFF) deben visitar su comisario cada día de operación. Cada operador de MFF también debe entregar esta forma antes del décimo día del mes que sigue al final de cada trimeste a la División de Salud Ambiental del condado de Merced, 2222 'M' Street, Merced, CA 95340 ya sea por correo, en persona, o por fax al (209) 384-1593, o envíe una copia por correo electrónico a MobileFood@countyofmerced.com.**

**Al firmar, verifico que estoy transportando mi unidad de MFF permitida a mi comisario aprobado para servicio y / o almacenamiento cada día que el MFF está operando.**

_____ _____ _____ (___) ___-_____

**Firma del Propietario/Operador del unidad de MFF** **Nombre del Propietario/Operador del unidad de MFF** **Fecha** **Número de Teléfono**

**********

***Al firmar, verifico que el unidad de MFF especificado anteriormente ha visitado este comisario en las fechas indicadas anteriormente.***

_____ _____ _____ (___) ___-_____

***Firma del Representante del Comisario*** ***Nombre del Representante del Comisario*** ***Fecha*** ***Número de Teléfono***