

NORTH CENTRAL PUBLIC HEALTH DISTRICT

419 East 7th Street, The Dalles, OR 97058

Email: publichealth@ncphd.org Phone: 541-506-2603



Public Health
Prevent. Promote. Protect.
North Central Public Health District
"Caring For Our Communities."

Unidad Móvil de Alimentos: Acuerdo de Baños

Si una unidad está estacionada en el mismo lugar durante más de dos horas, se debe proporcionar un baño que esté ubicado a menos de 500 pies de la unidad. Las unidades móviles que eligen proporcionar asientos para sus clientes deben proporcionar baños aprobados. El baño debe ser accesible para el uso de empleados/clientes durante todas las horas en que la unidad esté en funcionamiento según OAR 333-150-0000, 6-402.11(E). Si las puertas de los baños están bloqueadas, el operador de la unidad móvil debe proporcionar una llave para permitir el acceso de los clientes cuando lo soliciten.

Nota: No se permitirán inodoros portátiles como baños para unidades móviles de alimentos a menos que cumplan con los requisitos de lavado de manos. Las reglas exigen agua fría y caliente a presión, jabón y toallas de papel. El desinfectante de manos no es un sustituto aceptable del lavado de manos.

Unidad Móvil de Alimentos:

Nombre de la unidad móvil de alimentos: _____

Número de teléfono: _____ Correo electrónico: _____

Ubicación (calle, ciudad, condado): _____

Instalación de baños:

Nombre del negocio: _____

Ubicación: _____

Horas en que el baño está disponible para su uso: _____

Horario de funcionamiento de la unidad móvil: _____

Este acuerdo es válido solo para el año de licencia actual y debe renovarse después de esa fecha. Si se cancela este acuerdo, la unidad móvil de alimentos debe parar de inmediato sus operaciones hasta que se obtenga otro Acuerdo de uso de baños y se proporcione al departamento de salud. Este acuerdo queda sin efecto si el establecimiento de servicio de alimentos no tiene una licencia vigente para operar.

Operador que permite el uso del baño (Imprimir): _____

Firma

Fecha

Propietario de unidad móvil de alimentos (Imprimir): _____

Firma

Fecha

Solo para uso de la oficina de NCPHD:

Aprobado por: _____ Fecha: _____