

# NORTH CENTRAL PUBLIC HEALTH DISTRICT

419 East 7<sup>th</sup> Street, The Dalles, OR 97058

Email: [publichealth@ncphd.org](mailto: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: Formulario de Eliminación de Aguas Residuales

Las Unidades Móviles de Alimentos deben desechar sus aguas residuales de acuerdo con las normas locales y municipales dentro de la ciudad/condado en el que operan. La falta de disposición adecuada de las aguas residuales es motivo de cierre. 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 inmediatamente sus operaciones hasta que se obtenga otro Acuerdo de Eliminación de Aguas Residuales y se entregue al Departamento de Salud. Este acuerdo queda sin efecto si el establecimiento de servicio de alimentos no tiene una licencia vigente para operar.

Nombre de la unidad móvil de alimentos: \_\_\_\_\_  
Teléfono principal: \_\_\_\_\_ Teléfono secundario: \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_  
Ubicación de la unidad móvil (calle, ciudad): \_\_\_\_\_  
Nombre del propietario de la unidad móvil de alimentos (letra de imprenta): \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Marque qué método usará para desechar adecuadamente sus aguas residuales:

1.  **En el lugar/Conexión directa:** El área de disposición debe contar con un interceptor de grasas.

Nombre comercial o POD (lugar donde hay más de una unidad móvil): \_\_\_\_\_

Nombre del propietario de la empresa/POD: \_\_\_\_\_

Dirección (Calle, Ciudad, Condado): \_\_\_\_\_

Número de teléfono principal: \_\_\_\_\_ Número de teléfono secundario: \_\_\_\_\_

2.  **Transportista con licencia:** El transportista de aguas residuales debe tener una licencia DEQ de Oregon. debe mantener los recibos que le da el transportista para mostrárselos a su inspector.

Nombre del transportista autorizado: \_\_\_\_\_

Número de teléfono: \_\_\_\_\_ licencia de DEQ (requerida): \_\_\_\_\_

Firma del transportista: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

3.  **Transporte en mano.** Si transporta desechos a mano, debe ser a un lugar de eliminación específico aprobado por la autoridad reguladora local y no se pueden transportar en más de 20 galones a la vez. Debe explicar dónde eliminará los desechos y cómo se asegurará de que se haga correctamente.

Solo para uso de la oficina de NCPHD:

Aprobado por: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_