



Villa Carlos Paz,..... de..... de 201.....-

Al Sr. Coordinador de Seguridad Alimentaria
Secretaría de Salud Pública
Municipalidad de Villa Carlos Paz
S...../.....D

El/La que suscribe,DNI N°, en
su caracter dede la Firmacon
domicilio legal en Calle / N°:.....
CP:..... Localidad / Pcia:
Teléfono: se dirige a Ud a fin de solicitarle tenga a bien Verificar y Aprobar
Cronograma de mejoras del Establecimiento/Comercio.....
con domicilio real en Calle / N° :.....
Barrio / CP:Localidad / Pcia:.....
Teléfono:.....

OBSERVACIÓN	CORRECCION	FECHA ESTIMADA (PLAZO)



Personal <ul style="list-style-type: none">- Uso de uniforme completo- Capacitación en Buenas Prácticas de Manufactura a todo el personal afectado.- Implementación de POES. (Programa Operativo Estandarizado de Sanitización)- Implementación de MIP (Manejo Integral de Plagas)		

**DÉSE A LA TOTALIDAD DE LOS DATOS VOLCADOS EN ESTE FORMULARIO
CARÁCTER DE DECLARACIÓN JURADA.**

.....
Firma