

Centro de Salud del Condado de Buncombe  
**Solicitud de un Permiso para un Establecimiento Temporal de Alimento**  
*TEMPORARY FOOD ESTABLISHMENT APPLICATION*

**Nombre del Vendedor:** \_\_\_\_\_

**Información de Contacto:**  
*(Dirección y número de teléfono)* \_\_\_\_\_

**Nombre de la Fiesta:** \_\_\_\_\_ **Fecha(s) de la Fiesta:** \_\_\_\_\_

**Ubicación de la Fiesta:** \_\_\_\_\_

1. Lista de los alimentos que estará sirviendo:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

2. ¿Como mantendrá la temperatura de los alimentos que potencialmente pueden ser peligrosos frío a 45°F o menos o caliente a 140°F o más?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

3. ¿Dónde comprará el alimento? [Consulte el .2635 (9)]

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

4. ¿Dónde preparará el alimento? [Consulte el .2635 (10)]

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

5. ¿Tiene usted acceso a una cocina permitida local, con un fregadero suficientemente grande para lavar utensilios, ollas, cacerolas, etc.? De ser así, ¿dónde?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

6. Si usted es un vendedor que viene de otro estado, favor de presentar con su solicitud el comprobante de aprobación de su autoridad de salud local o estatal.

**He leído el .2635 y entiendo que tengo que cumplir con todos los requisitos de esta regla para poder recibir un permiso.**

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**¡PARA PODER OPERAR ES OBLIGATORIO TENER UN PERMISO!**

**Favor de presentar la solicitud y cuota de \$75.00 a:**  
(Haga el cheque a nombre de: Buncombe County Health Center)



ENVIRONMENTAL HEALTH DIVISION  
Attn: Pam Atkins  
30 Valley Street  
Asheville, NC 28801  
828-250-5016