



Curtis Hopper, R.S.
Administrator

Gaston County Environmental Health

991 West Hudson Boulevard • Gastonia, North Carolina 28052
Phone (704) 853-5200 • Fax (704) 853-5231 • www.gastonpublichealth.org

COMMISSARY FORM FOR TRANSLATION ONLY SIGNED COPY MUST BE PROVIDED IN ENGLISH

ES MI INTENCION, COMO TITULAR DEL PERMISO U OPERADOR DEL RESTAURANTE INDICADO, PERMITIR QUE TAL ESTABLECIMIENTO SIRVA DE COMMISSARY PARA EL CARRO DE MANO O LA UNIDAD MOVIL DE ALIMENTOS INDICADO A CONTINUACION. COMPRENDO QUE COMO COMMISSARY DEBO PERMITIR QUE EL CARRO DE MANO O LA UNIDAD MOVIL DE COMIDA REGRESE DIARIAMENTE PARA SU SERVICIO. COMPRENDO QUE EL SERVICIO DE LA UNIDAD PUEDE INCLUIR CUALQUIERA DE LOS SIGUIENTES REQUISITOS:

- _____ EL USO DEL LAVABO DE UTENSILIOS DEL RESTAURANTE PARA EL LAVADO DEL CARRO DE MANO O LA UNIDAD MOVIL DE ALIMENTOS
- _____ LA PROVISION DE LA REFRIGERACION O DEL AREA DE ALMACENAJE PARA EL CARRO DE MANO O LA UNIDAD MOVIL DE ALIMENTOS O PARA LOS UTENSILIOS.
- _____ LA PROVISION DE UN MEDIO DE CONECCION ADECUADO AL UMINISTRO DE AGUA POTABLE TAL COMO FUERA APROBADO POR EL ESPECIALISTA EN SALUD AMIENTAL (solamente para unidades moviles)
- _____ LA PROVISION DE UN MEDIO ADECUADO PARA DESHACERSE DEL AGUA DE DESECHO, TAL COMO FUERA APROBADO POR EL ESPECIALISTA EN SALUD AMBIENTAL (solamente para unidades moviles)

Nombre de la Unidad Movil o del Carro de Mano: _____

Nombre y Direccion del Restaurante que sirva como Commissary:

Firma del Operador o del Titular del Permiso del Restaurante

Nombre Fecha