



MEMÒRIA DESCRIPTIVA PER A ESDEVENIMENTS AMB ELABORACIÓ DE MENJAR

Tipus d'activitat: _____

Responsable de l'activitat: _____ Telèfon: _____

Ubicació de la zona d'elaboració: _____

El responsable disposa de formació/experiència en manipulació d'aliments: **SI** **NO**

Nombre de manipuladors: _____

Tipus de menjars elaborats i/o servits

<input type="checkbox"/> Servei d'aliments envasats i begudes. Elaboració d'entrepans freds per a consum immediat		
<input type="checkbox"/> Elaboracions per a consum immediat. Concretament elaboren:		
<input type="checkbox"/> Entrepans calents	<input type="checkbox"/> Creps, gofres i similars	<input type="checkbox"/> Paella, barbacoa, pollastres a l'ast...
<input type="checkbox"/> Tapes, pinxos, plats combinats i similars.		
Nombre comensals aproximat:	Horari de preparació:	Horari de servei:

Ingredients (caldrà guardar els albarans dels aliments)

Infraestructura que es disposa

Disposen d'un lloc per deixar els aliments que necessiten manteniment en fred fins el moment de l'elaboració?	SI	NO
Disposen de nevera?	SI	NO
Disposen de punt d'aigua?	SI	NO
Disposen de piques?	SI	NO
Disposen de taula /superfície de manipulació?	SI	NO
Altres: termòmetre per controlar temperatures, lloc per guardar els estris de cuina...	Termòmetre: SI	NO
	Estris: SI	NO
Disposen de cubells d'escombreries?	SI	NO

Així mateix, l'autoritat sanitària competent podrà requerir tota aquella documentació complementària que consideri necessària per comprovar el compliment dels reglaments generals i específics aplicables a cada activitat alimentària

Observacions

En aquest apartat es poden incloure observacions o aclariments que es considerin d'interès sobre l'activitat i les instal·lacions objecte de l'autorització sanitària:

.....

.....

Pineda de Mar, _____ de _____ de 20__