



AJUNTAMENT DE MOLLERUSSA
(LLEIDA)

COMUNICACIÓ PRÈVIA DE L'ACTIVITAT I SOL·LICITUD D'INSCRIPCIÓ EN EL
REGISTRE SANITARI MUNICIPAL D'ACTIVITATS ALIMENTÀRIES

DADES DEL TITULAR			
Nom o raó social		NIF	
Telèfon fix	Telèfon mòbil	Fax	
Adreça		CP	
Població		e-mail	

DADES ANTERIOR TITULAR (només quan es tracti d'una comunicació de canvi de titular)			
Nom o Raó Social		NIF	

DADES DEL REPRESENTANT I A EFECTES DE NOTIFICACIONS (només quan sigui diferent del titular)			
Nom o raó social		NIF	
Telèfon fix	Telèfon mòbil	Fax	
Adreça		CP	
Població		e-mail	

DADES DE L'ACTIVITAT	
Localització establiment	
Nom Comercial	
Núm. Registre Sanitari Municipal	

TIPUS DE TRÀMIT
<input type="checkbox"/> NOVA IMPLANTACIÓ <input type="checkbox"/> MODIFICACIÓ <input type="checkbox"/> CANVI TITULAR <input type="checkbox"/> BAIXA

DESCRIPCIÓ DE L'ACTIVITAT ALIMENTÀRIA
<input type="checkbox"/> CARNISSERIES, CANSALADERIES I XARCUTERIES <input type="checkbox"/> ELABORADORS DE MENJARS PREPARATS
<input type="checkbox"/> RESTAURANTS <input type="checkbox"/> ESTABLIMENTS VENDA MINORISTA D'ALIMENTACIÓ
<input type="checkbox"/> BARS <input type="checkbox"/> FLEQUES I PASTISSERIES

DECLARACIÓ RESPONSABLE DEL TITULAR DE L'ACTIVITAT

Que l'empresa de la qual sóc titular o representant compleix i aplica els requisits establerts en la legislació sanitària bàsica i específica dels sectors motiu de l'activitat, i que es compromet a mantenir-ne el compliment durant l'exercici de l'activitat per a la qual presenta aquesta sol·licitud.

Que l'establiment manipula aliments per a la venda o entrega in situ al consumidor final, amb o sense repartiment a domicili, o a col·lectivitats, o subministra a altres establiments de les mateixes característiques com a activitat marginal i que es desenvolupa dins una mateixa unitat sanitària local o territorial.

COMUNICACIÓ I SOL·LICITUD

El representant/titular de l'activitat referida COMUNICA l'inici de l'activitat alimentària i SOL·LICITA que d'acord amb la normativa vigent es practiquin les actuacions necessàries per a la Inscripció al Registre Sanitari Municipal d'activitats alimentàries.

Mollerussa, _____
Signatura del titular/representant,