



**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](http://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