Gerencia del Área de Salud de Plasencia

Dirección de Salud

JUNTA DE EXTREMADURA
Consejería de Sanidad y Servicios Sociales

Comunicación previa e inscripción en Registro Autonómico

☐ Comunicación inicial ☐ Cambio de titular ☐ Modificación de datos ☑ Cese definitivo

DATOS DEL TITULAR DEL ESTABLECIMIENTO

Apellidos y nombre o razón social .....

DNI o NIF ..... Dirección ..... Teléfono .....

Localidad ..... Código postal ..... Provincia .....

Apellidos y nombre del representante .....

DNI o NIF ..... Título de representación .....

DATOS DEL ESTABLECIMIENTO

Domicilio del establecimiento ..... Nº ..... Teléfono .....

Localidad ..... Código postal ..... Provincia .....

Nº de inscripción ..... Nombre comercial .....

Modificación de datos: ☐ *del titular* ☐ *del establecimiento* ☐ *cambio de actividad*

Titular anterior y/o domicilio del establecimiento anterior (en su caso) .....

.....

COMUNICA de acuerdo con el art. 2.2 del Real Decreto 191/2011 de 18 de febrero sobre Registro General Sanitario de Empresas Alimentarias y Alimentos, el ejercicio de las actividades señaladas a continuación.

Comercio minorista de alimentación (sólo indicar una actividad principal)

- ☐ Gran superficie / Hipermercado
- ☐ Supermercado
- ☐ Ultramarinos / Tienda de barrio
- ☐ Carnicería (sólo poas. envasado)
- ☐ Pescadería
- ☐ Frutería
- ☐ Panadería / bollería / repostería / pastelería / confitería
- ☐ Tienda de golosinas / frutos secos / encurtidos / helados
- ☐ Tienda de congelados
- ☐ Mercado de abastos
- ☐ Venta máquinas expendedoras
- ☐ Venta minorista especializada
- ☐ Herboristería

Comidas preparadas

- ☐ Elaboración y servicio de comidas preparadas en el mismo establecimiento
- ☐ Elaboración y dispensación-venta de comidas preparadas al consumidor final: ☐ *Sin reparto final a domicilio* ☐ *Con reparto final a domicilio*
- ☐ Establecimiento de servicio de comidas preparadas (comedor)
- ☐ Venta fraccionada de comias preparadas con o sin reparto a domicilio

Comercio al por menor de carnes y derivados

- ☐ Carnicería: ☐ *Sin obrador* ☐ *Con obrador anexo a la sala de ventas* ☐ *Con obrador separado de la sala de ventas (1)* ☐ *No actúa como sucursal de otro establecimiento* ☐ *Actúa como sucursal de otro establecimiento principal (2)*
- ☐ Carnicería-salchichería: ☐ *Con obrador anexo a la sala de ventas* ☐ *Con obrador separado de la sala de ventas (1)* ☐ *Sin sucursales* ☐ *Con sucursales (3)*
- ☐ Carnicería-charcutería: ☐ *Con obrador anexo a la sala de ventas* ☐ *Con obrador separado de la sala de ventas (1)* ☐ *Sin sucursales* ☐ *Con sucursales (3)*

(1) Dirección del obrador .....

(2) Dirección del establecimiento principal .....

(3) Dirección de sucursales .....

Declaro que los datos consignados son ciertos, y quedo informado que deberé comunicar cualquier modificación de los datos/actividades cantes indicados, así como el cese definitivo de mi actividad. Y para que conste, a los efectos oportunos, firmo la presente comunicación.

_____ a ____ de _____ de _____

Firma del anterior titular (sólo para cambio de titular)

Fdo: _____ Fdo: _____

SR. DIRECTOR DE SALUD. Gerencia del Área de Salud de Plasencia. C/ Profesor Julio Antonio Sánchez Prieto s/n. 10600 PLASENCIA