

DECLARACIÓ RESPONSABLE D'ESTABLIMENTS DE RESTAURACIÓ MÒBIL

DADES DEL SOL·LICITANT

Nom complet / Raó social: _____

DNI o NIE / NIF: _____ Telèfon: _____

Adreça electrònica: _____

Adreça postal: _____

Municipi: _____ CP: _____

DADES DEL REPRESENTANT ⁽¹⁾

Nom complet / Raó social: _____

DNI o NIE / NIF: _____ Telèfon: _____

Adreça electrònica: _____

Adreça postal: _____

Municipi: _____ CP: _____

(1) Aquest apartat només cal omplir-lo en cas d'haver-n'hi, i caldrà adjuntar la documentació que ho acrediti.

ADREÇA ALS EFECTES DE COMUNICACIONS i/o NOTIFICACIONS ⁽²⁾

La del sol·licitant.

La del representant.

(2) Indiqueu una única opció.

MODALITAT ALS EFECTES DE COMUNICACIONS i/o NOTIFICACIONS ⁽³⁾

Electrònica (és necessari haver indicat anteriorment una adreça electrònica).

Correu postal (és necessari haver indicat anteriorment una adreça postal).

(3) Indiqueu una única opció.

DADES DE L'ACTIVITAT

Telèfon: _____

Adreça electrònica: _____

Codi CCAE: ⁽⁴⁾ _____

Codi IAE: ⁽⁵⁾ _____

Marca i model del vehicle: _____

Matrícula del vehicle: _____

Número xassís del vehicle: _____

(4) Més informació: <https://www.idescat.cat/metodes/classificacions/ccae-2009-ca>

(5) Dada opcional. Més informació: <https://www.idescat.cat/metodes/classificacions/iae-96-ca>

TIPUS D'ALIMENTS

Envasats i/o a granel sense refrigeració.

Elaboració de menjats preparats per consumir i/o emportar.

Elaboració per a consum immediat (entrepans calents o freds, tapes, barbacoa,...).

Altres: ⁽⁶⁾ _____

(6) Cal especificar quins.

TIPUS D'ELABORACIÓ

Elaboració "in-situ" a la parada.

Elaboració externa a la parada: ⁽⁷⁾ _____

(7) Cal especificar el lloc.

DECLARO

Que el vehicle o remolc del qual soc titular o representant compleix i aplica els requisits establerts en la legislació sanitària bàsica i específica de l'activitat que desenvolupo, així com d'altres reglamentacions no descrites anteriorment i que puguin ser d'afectació a l'activitat i em comprometo a complir-les.

Que em comprometo a complir aquests requisits mentre exerceixi l'activitat.

Que dispo de l'acreditació de la formació específica per a la restauració mòbil, així com de cada un dels treballadors.

Que dispo de l'assegurança de responsabilitat de l'activitat anteriorment descrita.

Que em comprometo a comunicar a l'Ajuntament totes les modificacions de titularitat, instal·lacions, equipaments, activitat o comercialització.

Que són certes i exactes totes les dades especificades en aquest escrit i que estic informat/da que l'Ajuntament pot comprovar la veracitat de les dades declarades.

AUTORITZO

A l'Ajuntament a verificar les meves dades a altres administracions o organismes per comprovar el compliment de les condicions requerides per a l'exercici de l'activitat, i que pugui verificar-les durant la seva vigència.

Arbúcies, ____ de _____ de _____

Signatura,

En el supòsit de no autoritzar l'Ajuntament d'Arbúcies a consultar i verificar les dades mitjançant l'ús de les plataformes habilitades per les diferents administracions públiques, la persona interessada haurà de comunicar la seva oposició expressa.

Les vostres dades personals s'incorporaran als fitxers automatitzats de l'Ajuntament d'Arbúcies per a la resolució d'aquest tràmit, restant prohibit qualsevol altre tractament no previst a excepció de l'ús que l'Ajuntament en pugui fer per enviar-vos informació oficial o d'interès per al ciutadà, ja sigui en l'exercici de les seves funcions i en el seu àmbit competencial o bé en qualsevol altre supòsit previst a la normativa vigent.

En compliment de la Llei orgànica 15/1999, de 13 de desembre, de protecció de dades de caràcter personal, podreu exercir-ne el dret d'accés, modificació, cancel·lació i/o oposició mitjançant sol·licitud expressa adreçada al registre general de l'Ajuntament d'Arbúcies (Plaça 1 d'octubre, núm. 1) o bé electrònicament a la Seu electrònica d'aquest Ajuntament (<https://www.seu-e.cat/web/arbucies>).