

**SOLICITO CERTIFICADO DE BUENAS PRACTICAS DE MANIPULACION DE ALIMENTOS**

**SEÑOR ALCALDE DE LA MUNICIPALIDAD DE LA VICTORIA**

Yo \_\_\_\_\_ identificado(a) con Carnet de Extranjería o DNI N. \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ años de edad, del local (Opcional) \_\_\_\_\_ ubicado en la AV, Jr., Calle, Psj. \_\_\_\_\_ del Distrito de \_\_\_\_\_, Teléfono fijo y/o celular N. \_\_\_\_\_ del Local del Giro y/o del Manipulador de Alimentos, ante usted con el debido respeto me presento y expongo.

Que, siendo una necesidad para laborar, necesito contar con el Certificado de Buenas Prácticas en Manipulación de Alimentos, es que solicito a usted tenga a bien disponer a quien corresponda se me otorgue el servicio de la capacitación y el Certificado correspondiente para lo cual se abonará el monto correspondiente de **una suma de 40 soles** al servicio brindado por la Municipalidad de La Victoria.

Observaciones: \_\_\_\_\_

Requisitos para la emisión de la proforma.

- \* Una Copia clara del DNI del solicitante.
- \* Una Copia del Presente Formato de Solicitud con sus datos incluidos.

Por lo tanto; pido a usted Señor Alcalde acceder a mi solicitud por ser de justicia.

La Victoria \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ 202\_\_.

\_\_\_\_\_  
FIRMA

DNI: \_\_\_\_\_

CELULAR O TELEFONO FIJO: \_\_\_\_\_

CORREO ELECTRÓNICO: \_\_\_\_\_

**NOTA.**

**1.-** Es requisito escuchar la Charla de BPM, el día que haya sido programado caso contrario deberá acercarse a solicitar su Reprogramación de la misma, esta puede ser virtual o presencial, en caso de que no asista a la charla de BPM se procederá a archivar su expediente.

**2.- EL CERTIFICADO SE EMITIRÁ** una vez escuchada la charla o haber remitido el examen correspondiente.

**3.-** El recojo del Certificado de Manipulación de Alimentos, se realizará en el Complejo Deportivo de San Cosme en el área de Vigilancia Sanitaria de La Subgerencia de Programas Sociales y Salud de la Municipalidad de La Victoria, después de 5 días hábiles de haber recibido y aprobado su charla de Capacitación. Sito Av. Bauzate y Meza N° 2505 – La Victoria.

**4.-** Cualquier **CONSULTA Y/O RECLAMO** se realiza en el área de Vigilancia Sanitaria de la Subgerencia de Programas Sociales y Salud en el Complejo Deportivo de San Cosme de la Municipalidad de La Victoria sito Av. Bauzate y Meza N° 2505 – La Victoria.

**5.-** Este Formato tiene carácter de declaración jurada. Por lo que cualquier dato consignado incorrectamente será de **ENTERA RESPONSABILIDAD DEL ADMINISTRADO.**