



**Acta d'inspecció**

**Identificació de la inspecció**

Municipi	Data	Hora
ST. ADRIÀ DE BESÒS	10/10/15	12:15
Adreça	Codi postal	
C/ Jaume Huguet 2/n	08193	
Motiu de la inspecció	<input type="checkbox"/> Autorització sanitària <input type="checkbox"/> Certificació sanitària <input type="checkbox"/> Control periòdic <input checked="" type="checkbox"/> Comprovació de mesures correctores <input type="checkbox"/> Recollida de mostres <input type="checkbox"/> Altres (especifiqueu-los)            act 78329 de 5/5/15	

**Entitat**

Cognoms i nom / raó social del titular	NIF
JOINT CATALÀ D'ASSISTÈNCIA I SERVEI SOCIAL	Q 08400121
Domicili social (si és diferent del lloc inspeccionat)	
Pau Vila, 1	
Municipi	Codi postal
Barcelona	08039
Autorització sanitària número	Telèfon
	93.381.5359
Activitat	
Centre de dia	
Denominació de l'establiment (si és diferent dels cognoms i nom/raó social)	

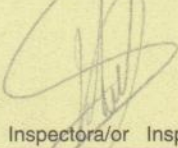

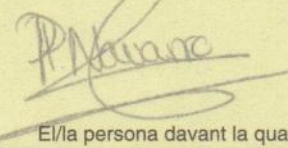
**Dades del/s inspector/s**

Cognoms i nom
[Redacted]
Cognoms i nom
[Redacted]

**Dades de la persona davant la qual s'aixeca l'acta**

Cognoms i nom	DNI
[Redacted]	[Redacted]
<input type="checkbox"/> Propietari <input type="checkbox"/> Representant legal <input type="checkbox"/> Empleat <input checked="" type="checkbox"/> Altre            D. de dia	

En presència del sotassinant, al qual se'n lliura una còpia, s'estén la present acta per triplicat, acompanyada amb 102 fulls annexes.

Inspectorà/or    Inspectores/ors    El/la persona davant la qual s'aixeca l'acta

**Nota:** Si com a conseqüència d'aquesta acta d'inspecció, d'acord amb la normativa vigent, se'n devenga alguna taxa, la liquidació que hi correspongui serà notificada al subjecte passiu per l'òrgan competent.

Full blanc per a l'Administració / Full groc per l'administrat / Full rosa per a l'inspector



Full adjunt núm.

01

Acta/informe núm.

69894

Data

7-9-15

**Annex**

Com a resultat de la visita efectuada a la vostra entitat, es posa de manifest el següent:

Realitzem visita d'inspecció a l'establiment de la referència amb motiu de comprovar les mesures correctores de l'acta 78329 de data 5/05/15.

En el decurs de la inspecció observem el següent:

1. S'han pres mesures correctores adients sobre els punts 2, 4, 5, 8, 9 i 11 de l'acta abans referida.
2. No s'han pres mesures correctores sobre els punts 1, 3, i 10. Sobre el punt 6 disposem d'un registre de control de la temperatura de servir, però no s'auota la temperatura dels plats preparats freds (amanides de patates, etc). Sobre el punt 7 la temperatura del frigorífic n:2, que emmagatzema el menjar preparat en línies fredes, és de 6°C tant en termòmetre del frigorífic com de l'inspector. En els registres la temperatura és de 5°C.

Signatura de l'/dels inspector/s

DNI núm.

Signatura de la persona davant qui s'estén el document

Càrrec

DNI núm.



Full adjunt núm. 02  
 Acta/informe núm. 89894  
 Data 7-9-15

**Annex**

Com a resultat de la visita efectuada a la vostra entitat, es posa de manifest el següent:

A més s'ha de fer constar que els registres dels autocentrals no tenen anotacions de les incidències detectades i de les mesures correctores preses (T° de respecte del uap per preparat 6°C).

El centre es suministra de uap per preparat de la empresa Tradicionarius situat en Avd. Diagonal, 537 6-4- de Barcelona. Amb RSIPAC 26.02542/CAT.

Full blanc per a l'Administració / Full groc per a l'administrat / Full rosa per a la inspecció

Signatura de l'/dels inspector/s

Signatura de la persona davant qui s'estén el document

DNI núm.

Càrrec

DNI núm.