

Acta d'inspecció

Identificació de la inspecció

Municipi	ULLDECONA	Data	28/04/15	Hora	12:30
Adreça	AV. GENERALITAT, 14	Codi postal	43550		
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 checked="" type="checkbox"/> Altres (especifiqueu-los) PG-SO i PROXER n.º 054566 del 18-6-14				

Entitat

Cognoms i nom / raó social del titular	NIF
MUNICIPALITAT D'ULLDECONA	P4315300E
Domicili social (si és diferent del lloc inspeccionat)	
C/ MAJOR, 39	
Municipi	Codi postal
ULLDECONA	
Autorització sanitària número	Telèfon
50.021571CAT	43550
Activitat	
RESIDÈNCIA GERIÀTRICA AMB CUINA PRÒPIA	
Denominació de l'establiment (si és diferent dels cognoms i nom/raó social)	
L'ONADA D'ULLDECONA RESIDÈNCIA	

Dades del/s inspectors

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 DIRECTORA	

En presència del sotasignat, al qual se'n lliura una còpia, s'estén la present acta per triplicat, acompanyada amb **02** fulls annexos.

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

Nota: Si com a conseqüència d'aquesta acta d'inspecció i, 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 adjunt núm. 01

Acta/informe núm. 050666

Data 28-4-15

Annex

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

Visito aquest establiment per realitzar una actuació de control completa:

- Protocol d'inspecció d'establiments de la dau SO.
- Classificació de l'establiment alimentari segons el risc, PROCER.

Feta la inspecció manifesto que les condicions higienicosanitàries de la cuina són correctes.

Comprovo també les mesures correctores dictades en l'ada 054560 del 18-6-14.

NARRACIÓ DELS FETS:

NO CONFORMITATS ESMENADES:

- Han adequat el pla de gestió de residus, a la seva cuina.

NOVES NO CONFORMITATS:

Infraestructures i equipaments:

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. 050666

Data 28-4-15

Annex

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

1. Una de les piques per rentar-se les mans no disposa de sabó.

Autocontrols:

2. Disposen del document descriptiu del pla de control d'al·lèrgens però el pla l'estan aia acabant de completar segons el RD126 /2015 del 27 de febrer.

CONCLUSIONS:

L'operada econòmic es compromet a realitzar les correccions dictades en aquesta acta en un termini de 6 mesos per la mesura correctora 2 i en termini immediat per la 1.



Signatura de l'/dels inspector/s

DNI núm.

Signatura de la persona davant qui s'estén el document

Càrrec

DNI núm.