



Minnesota Department of Health  
 Food Manager Certification  
 Environmental Health Services Section  
 625 Robert Street North  
 P.O. Box 64495  
 St. Paul, MN 55164-0495  
 651-201-4500  
 TTY 651-201-5797



[www.health.state.mn.us/divs/eh/food/fmc/applications.html](http://www.health.state.mn.us/divs/eh/food/fmc/applications.html)

**CERTIFICACIÓN DE GERENTE DE ALIMENTOS DEL  
 ESTADO DE MINNESOTA  
 SOLICITUD DE RENOVACIÓN**

N.º de Certificación de gerente de alimentos del estado de Minnesota FM \_\_\_\_\_  
 Fecha de vigencia del certificado: \_\_\_\_\_  
 Fecha de vencimiento del certificado: \_\_\_\_\_

<b>Solo para uso de la oficina:</b>	
Fecha de recepción:	_____
Importe: \$ _____	N.º de cheque: _____
Aprobada: Sí _____	No _____

**INSTRUCCIONES**

- Llene toda la información requerida
- Llene la información de educación continua sobre seguridad de alimentos al dorso del formulario
- Adjunte una copia de cada certificado de educación continua sobre seguridad de alimentos
- **Incluya la cuota no reembolsable de \$35 (aumento de la cuota vigente a partir del 1 de julio de 2009) por la recertificación como gerente de alimentos, pagaderos al Minnesota Department of Health (Departamento de Salud de Minnesota).**

**NO ENVÍE EFECTIVO**

Aviso: Extender un cheque sin fondos a este departamento generará un cargo por servicio de \$30 por cheque, como se estipula en las leyes de Minnesota, sección 604.113, subdivisión 2 (a). Se podrían imponer penas civiles adicionales por la falta de pago.

- Firme y feche la solicitud de renovación y envíela a la dirección indicada arriba

**Información del solicitante: (obligatoria)**

Nombre: \_\_\_\_\_

Número del seguro social: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Dirección postal: \_\_\_\_\_

(Ciudad)

(Estado)

(Código postal)

Condado: \_\_\_\_\_ Teléfono particular: \_\_\_\_\_

**Antes de enviarla por correo, asegúrese de que entre los materiales de su solicitud se incluya lo siguiente:**

- \_\_\_\_ 1. Formulario de solicitud llenado y firmado (firma al dorso)
- \_\_\_\_ 2. Copia de su certificado de educación continua
- \_\_\_\_ 3. Cheque o giro pagadero al MDH por \$35  
 (aumento de cuota vigente a partir del 1 de julio de 2009)

# LLENE EL DORSO DE ESTA SOLICITUD DE RENOVACIÓN

## Información de educación continua sobre seguridad de alimentos

### SE REQUIERE UNA COPIA DE SU CERTIFICADO DE EDUCACIÓN CONTINUA

Proporcione documentación de haber completado satisfactoriamente por lo menos cuatro horas de contacto de educación continua en los últimos 36 meses que antecedieron directamente al envío de la solicitud de renovación. El certificado de educación continua debe incluir:

- (1) el nombre, dirección y número de teléfono de la persona que imparte la educación continua;
- (2) la agenda y esquema del curso, u otro material en el que se demuestre que el curso versó sobre la higiene y seguridad de los alimentos o sobre tendencias emergentes en la preparación y manejo de alimentos, higiene o prevención de enfermedades que se originan en los alimentos;
- (3) el número de horas de instrucción; y
- (4) las fechas y ubicación en que tuvo lugar la educación continua.

**Información de empleo:** (Llene esta sección únicamente si trabaja en un establecimiento de alimentos)

**Nombre del establecimiento:** \_\_\_\_\_

**Dirección del establecimiento:** \_\_\_\_\_

(Calle/Apartado postal)

(N.º de apartamento)

(Ciudad)

(Estado)

(Código postal)

**Condado:** \_\_\_\_\_

**N.º de teléfono del trabajo:** \_\_\_\_\_

**Número de licencia del establecimiento (si lo conoce)** \_\_\_\_\_

#### Tipo de establecimiento:

- |   |   |                                      |
|---|---|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Panadería                | <input type="checkbox"/> Restaurante/establecimiento de comida rápida | <input type="checkbox"/> Hotel/motel |
| <input type="checkbox"/> Bar                      | <input type="checkbox"/> Escuela                                      |                                      |
| <input type="checkbox"/> Tienda de conveniencia   | <input type="checkbox"/> Mercado de alimentos especializados          |                                      |
| <input type="checkbox"/> Guardería                | <input type="checkbox"/> Campamentos                                  |                                      |
| <input type="checkbox"/> Tienda de abarrotes      | <input type="checkbox"/> Servicio de banquetes                        |                                      |
| <input type="checkbox"/> Otro (describalo): _____ |   |                                      |

#### Aviso a las personas que presentan la solicitud de Certificación de gerente de alimentos en el estado de Minnesota:

El comisionado de salud usará la información proporcionada en esta solicitud para determinar si cumple con los requisitos de la certificación de gerente de alimentos. Más allá del número del seguro social, no está obligado legalmente a proporcionar la información solicitada. Sin embargo, proporcionar información falsa es razón suficiente para rechazar la solicitud o para suspender, revocar o tomar otras acciones disciplinarias contra su certificado, si este es emitido. No proporcionar la información requerida podría demorar el procesamiento de su solicitud y podría ser base suficiente para rechazarla. De conformidad con las leyes de Minnesota, sección 13.41, la información que proporcione en esta solicitud, excepto su nombre y dirección, se considera privada mientras está pendiente el trámite. Sin embargo, en circunstancias autorizadas o requeridas por ley se podría divulgar a otras personas o entidades, incluida la Attorney General's Office (Oficina del Procurador General de Justicia), Department of Revenue (Departamento de Impuestos) y las personas contactadas para propósitos de verificación o investigación. Si el asunto de su certificación es disputado, la información proporcionada en esta solicitud podría volverse pública. Una vez que reciba la certificación, la información, excepto su número de seguridad social, será pública y será parte de los expedientes permanentes de la agencia.

De conformidad con la Americans with Disabilities Act (Ley para Estadounidenses con Discapacidades), hay un formulario de comunicación alternativa disponible a solicitud. Si desea pedir esta solicitud en otro formato, llame al 651-215-0700, T.D. 651-215-0707 o, para el Área Metropolitana de Minnesota, a través de Minnesota Relay Service (Servicio de Transmisión de Minnesota) al 1-800-627-3529 y pida el 651-215-0700.

**Certifico que la información proporcionada en esta solicitud es exacta y completa:**

**Firma:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

08/10