

CFPM Solicitud de Renovación

CFPM Renewal Application

GERENTE CERTIFICADO DE PROTECCIÓN DE ALIMENTOS DE MINNESOTA (CFPM)
CERTIFIED FOOD PROTECTION MANAGER (CFPM)

For Office Use Only:

Date Received: _____

Amount: \$ _____

Check #: _____

Approved: Yes _____ No _____

Spanish

Por favor complete en su idioma preferido.

Número de certificado
CFPM # **FM** _____

Fecha de inicio del
certificado _____

Fecha de vencimiento del
certificado _____

Información del aplicante

Marque esta casilla para indicar cambio de nombre

Nombre

Apellido Nombre Segundo nombre

Dirección

Calle Apto. (si es aplicable)

Ciudad Estado Código postal Condado

Número de seguro social*

*Requerido bajo los Estatutos de Minnesota, sección 270C.72, subd. 4

Número de teléfono del solicitante

Correo electrónico del solicitante

English

Please complete in your preferred language.

CFPM Certificate # **FM** _____

Certificate effective date _____

Certificate expire date _____

Applicant information

Check box to indicate name change

Name

First Last Middle name

Mailing address

Street Apt. (if applicable)

City State ZIP County

Social security number*

*Required under Minnesota Statutes, section 270C.72, subdivision 4

Contact phone

Applicant email

Método preferido de recibir notificaciones de renovación

- Dirección de envío
- Correo electrónico del solicitante

Educación continua

Proporcione documentación de al menos cuatro horas de contacto de educación continua aprobada y completada entre la fecha de inicio y la fecha de vencimiento de su certificado de gerente de protección de alimentos (CFPM).

El certificado de educación continua debe incluir:

1. El nombre del solicitante;
2. título del curso aprobado;
3. número de horas de contacto aprobadas;
4. fecha del curso;
5. el nombre del instructor; y
6. el número de teléfono o el correo electrónico del instructor.

Envíe la solicitud y el certificado de educación continua

Antes de enviar, no olvide incluir los siguientes

1. Formulario de solicitud completo y firmado. **Esta solicitud debe ser enviada no más de 6 meses después de la fecha de vencimiento del certificado CFPM.**
2. Una copia de su certificado(s) de educación continua.
3. Cheque o giro postal a nombre de MDH por \$35 - **NO SE ACEPTA DINERO EN EFECTIVO, TARJETAS DE CRÉDITO O DÉBITO.**

Envíe a

Minnesota Department of Health
 Certified Food Protection Manager
 Food, Pools, and Lodging Services Section
 PO Box 64495
 St. Paul, MN 55164-0495

Preferred method to receive renewal notifications

- Mailing address
- Applicant email

Continuing education

Provide documentation of at least four contact hours of approved continuing education completed between the effective date and expiration date of the Minnesota CFPM certificate.

The continuing education course certificate must include:

1. applicant's name;
2. title of the approved course;
3. number of approved contact hours;
4. course date;
5. instructor's name; and
6. instructor's telephone number or e-mail address.

Submit application and continuing education certificate

Before mailing, be sure to include the following

1. Completed and signed application form. **This application must be submitted no more than 6 months following the expiration date of the CFPM certificate.**
2. Copy of your continuing education certificate(s).
3. Check or money order made payable to MDH for \$35 – **NO CASH, CREDIT OR DEBIT CARDS ACCEPTED.**

Mail to

Minnesota Department of Health
 Certified Food Protection Manager
 Food, Pools, and Lodging Services Section
 PO Box 64495
 St. Paul, MN 55164-0495

Aquellas personas que soliciten el CFPM en el estado de Minnesota

El comisionado de salud utilizará la información proporcionada en esta solicitud para determinar si reúne los requisitos para la certificación de gerente de protección de alimentos. La presentación de información falsa es motivo para negar su aplicación o la suspensión, revocación o tomar otra acción disciplinaria contra su certificado. Si no proporciona la información requerida puede demorar el procesamiento de su aplicación y puede ser motivo para negar su aplicación.

Para obtener información sobre los datos de licencias consulte los Estatutos de Minnesota, sección 13.41.

Aviso: Enviar un cheque deshonrado (sin fondos) a este departamento requiere un cargo de \$30 por cada cheque como se establece en los Estatutos de Minnesota, sección 604.113, subd.2 (a). Sanciones civiles adicionales pueden ser impuestas por falta de pago.

Certifico que la información proporcionada y enviada en esta solicitud es correcta y completa.

Individuals applying for CFPM in the state of Minnesota

The commissioner of health will use information provided in this application to determine if you meet the requirements for food protection manager certification. Submitting false information is grounds for denying your application or suspending, revoking or taking other disciplinary action against your certificate, if issued. Failure to provide required information may delay the processing of your application and may be grounds for denying your application.

For information on licensing data see Minnesota Statutes, Section 13.41.

Notice: The issuance of a dishonored check to this department will require a service charge of \$30 per check as in Minnesota Statutes, Section 604.113, Subdivision 2(a). Additional civil penalties may be imposed for nonpayment.

I certify that the information provided and submitted on this application is accurate and complete.

Firma (Signature) _____ Fecha (Date) _____

Recursos (Resources)

Minnesota CFPM Renewal

<https://www.health.state.mn.us/communities/environment/food/cfpm/howto.html>

[ANSI-CFP Accreditation Program \(https://anabpd.ansi.org/Accreditation/credentialing/personnel-certification/food-protection-manager/ALLdirectoryListing?menuID=8&prgID=8&statusID=4\)](https://anabpd.ansi.org/Accreditation/credentialing/personnel-certification/food-protection-manager/ALLdirectoryListing?menuID=8&prgID=8&statusID=4)

Minnesota Department of Health
Food, Pools, and Lodging Services Section
651-201-4500
health.foodlodging@state.mn.us
<http://www.health.state.mn.us>

Enero 2022

Para obtener esta información en otro formato diferente, llame al: 651-201-4500.

January 2022

To obtain this information in a different format, call: 651-21-4500.