



<b>For Office Use Only:</b> Date Received: _____ Amount: \$ _____ Check #: _____ Approved: Yes _____ No _____
---

## CFPM Solicitud Inicial

## CFPM Initial Application

GERENTE CERTIFICADO DE PROTECCIÓN DE ALIMENTOS DE MINNESOTA (CFPM)

CERTIFIED FOOD PROTECTION MANAGER (CFPM)

### Spanish

Por favor completar en su idioma preferido.

### Información del aplicante

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

\_\_\_\_\_

### Método preferido de recibir notificaciones de renovación

- Dirección de envío
- Correo electrónico del solicitante

### English

Please complete in your preferred language.

### Applicant information

Name

\_\_\_\_\_  
Last                                      First                                      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

\_\_\_\_\_

### Preferred method to receive renewal notifications

- Mailing address
- Applicant email

## Enviar solicitud

Antes de enviar, no olvide incluir los siguientes

1. Formulario de solicitud completo y firmado
2. Una copia de su certificado de examen
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

El estatuto de Minnesota 157.16, Subd. 2a. establece que un solicitante de certificación o renovación de certificación debe someter una tarifa de \$35. Esta tarifa no es reembolsable.

## Exámenes aprobados

El solicitante de la certificación inicial como CFPM deberá completar un curso de capacitación y aprobar un examen aprobado. El examen no puede tener más de 6 meses de antigüedad al momento de la solicitud. Si el certificado del examen tiene más de 6 meses de antigüedad, el solicitante deberá volver a tomar el curso inicial y aprobar el examen nuevamente antes de que se le pueda otorgar la certificación.

Si ya no tiene el certificado del examen, primero intente obtener una copia del certificado u otra prueba de haber aprobado el examen de la organización, empresa o escuela que realizó el curso del examen que tomó. Si eso no funciona, comuníquese con la organización que le proporcionó el examen.

Los solicitantes de la certificación inicial deben demostrar que han aprobado un examen de una organización acreditada por el [ANSI-CFP Accreditation Program](#).

## Aquellas personas que soliciten 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

## Submit application

Before mailing, be sure to include the following

1. Completed and signed application form
2. Copy of your exam certificate
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

Minnesota Statute 157.16, Subd. 2a. states, an applicant for certification or renewal certification must submit a \$35 fee. This fee is nonrefundable.

## Approved exams

The applicant for initial certification as a CFPM shall complete a training course and pass an approved examination. The examination cannot be older than 6 months at the time of application. If the exam certificate is older than 6 months old, the applicant shall retake the initial course and pass the exam again before certification can be granted.

If you no longer have the exam certificate, first try to get a copy of the certificate or other proof of having passed the exam from the organization, company or school that conducted the course of the exam you took. If that does not work, contact the organization that provided the exam.

Applicants for initial certification must provide proof they have passed an exam from an organization accredited by the [ANSI-CFP Accreditation Program](#).

## 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 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

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.

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, subd.2 (a). Additional civil penalties may be imposed for non-payment.

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

Firma (Signature) \_\_\_\_\_ Fecha (Date) \_\_\_\_\_

## Recursos (Resources)

[Minnesota CFPM Initial \(https://www.health.state.mn.us/communities/environment/food/cfpm/howto.html\)](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](mailto:health.foodlodging@state.mn.us)  
[www.health.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: 651-201-4500.*