

Formulaire de confirmation d'utilisation

Le présent formulaire doit être rempli par la personne ou l'entreprise qui loue ou partage les installations avec un autre établissement de manutention des aliments titulaire d'un permis sanitaire valide:

Nom de l'entreprise: _____
 Nom de l'exploitant qui loue l'espace: _____
 Numéro de téléphone de l'exploitant: _____
 Numéro du permis sanitaire: _____ (Laisser en blanc si le permis n'a pas encore été délivré)
 Nom commercial de l'établissement titulaire du permis (propriétaire de l'espace): _____
 Numéro de téléphone: _____
 Numéro du permis sanitaire: _____
 Adresse de l'espace ou du lieu loué: _____
 Jours et heures prévus (par semaine ou par mois) _____

Les renseignements ci-dessous visent à confirmer que l'accès suivant est accordé à l'utilisateur (locataire).

Accès à l'équipement : (cochez toutes les éléments auxquels le demandeur a pleinement accès)

- | | |
|--|--|
| ☐ Chambre réfrigérée | ☐ Chambre de congélation |
| ☐ Réfrigérateurs verticaux commerciaux – nombre d'appareils fournis: _____ | ☐ Réfrigérateurs domestiques – nombre d'appareils fournis: _____ |
| ☐ Congélateurs domestiques ou commerciaux – nombre d'appareils fournis: _____ | ☐ Fours commerciaux – nombre d'appareils fournis: _____ |
| ☐ Fours domestiques – nombre d'appareils fournis: _____ | ☐ Équipement de maintien au chaud – nombre d'appareils fournis: _____ |
| ☐ Lave-vaisselle commercial | ☐ Évier à trois compartiments |
| ☐ Lavabo pour le lavage des mains | ☐ Machine à glace |
| ☐ Espace de rangement sécurisé pour les aliments, l'équipement, les fournitures et les produits chimiques | |
| ☐ Autres: _____ | |

Tous les aliments et tout l'équipement utilisés dans le cadre de l'activité alimentaire doivent être entreposés dans ces installations. La préparation et l'entreposage des aliments à domicile ne sont pas autorisés.

Signature de la personne effectuant la demande

Signature du propriétaire ou du gestionnaire des installations

Nom de la personne effectuant la demande (en lettres moulées)

Nom du propriétaire ou du gestionnaire des installations (en lettres moulées)

Date: _____

Date: _____

Par sa signature, la personne effectuant la demande atteste qu'elle est consciente qu'il lui incombe de veiller à ce que l'exploitation soit conforme à toutes les lois et à tous les règlements applicables. Il incombe aux deux parties d'informer le ministère de toute modification apportée à la présente confirmation d'utilisation, y compris l'expiration de celle-ci.

Le ministère de la Santé, des Aînés et des Soins de longue durée (ci-après « le Ministère ») recueille vos renseignements personnels ou vos renseignements médicaux personnels afin d'appliquer et de faire respecter la Loi sur la santé publique et ses règlements.

Le Ministère est autorisé à recueillir des renseignements personnels ou des renseignements médicaux personnels en vertu du paragraphe 36 (1) de la Loi sur l'accès à l'information et la protection de la vie privée, chapitre F175 de la C.P.L.M., et du paragraphe 13 (1) de la Loi sur les renseignements médicaux personnels, chapitre P33.5 de la C.P.L.M.

Vos renseignements personnels et vos renseignements médicaux personnels sont protégés en vertu de la Loi sur l'accès à l'information et la protection de la vie privée et de la Loi sur les renseignements médicaux personnels. Le Ministère ne peut utiliser ni divulguer vos renseignements personnels ou vos renseignements médicaux personnels à d'autres fins, à moins d'obtenir votre consentement ou d'y être autorisé par la Loi sur l'accès à l'information et la protection de la vie privée ou la Loi sur les renseignements médicaux personnels.

Pour toute question ou préoccupation concernant la collecte de vos renseignements personnels ou de vos renseignements médicaux personnels par le ministère, veuillez communiquer avec la Section de protection de la santé à l'adresse healthprotection@gov.mb.ca ou au numéro sans frais : 1 844 476-1425