|  |  |
| --- | --- |
| **KOILLIS-LAPIN YMPÄRISTÖTERVEYDENHUOLTO****Terveysvalvonta** | **TIEDOTE****Tiedottaminen valvontaviranomaiselle aikomuksesta tuoda liikkuva elintarvikehuoneisto uudelle paikkakunnalle** |
| **Saapumispäivämäärä** (viranomainen täyttää) \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/20\_\_\_\_\_ Dnro: |

Toimijan on tiedotettava elintarvikkeen myynnistä tai muusta käsittelystä (elintarvikelain 13 §:n mukaan ilmoitetussa) liikkuvassa elintarvikehuoneistossa niiden kuntien valvontaviranomaisille, joiden alueella toimintaa harjoitetaan. Tiedottamisen voi tehdä tällä lomakkeella tai antamalla tarvittavat tiedot muulla tavalla. Tiedon on oltava viranomaisella viimeistään neljä arkipäivää ennen toiminnan aloittamista. Edellä mainittu tiedottaminen liikkuvan elintarvikehuoneiston toiminnasta on tehtävä myös sille valvontayksikölle, jonka alueella toiminta on aloitettu eli sille valvontayksikölle, joka on hyväksynyt liikkuvan huoneiston ennen vuoden 2011 elintarvikelain säädösmuutosta tai joka on antanut säädösmuutoksen jälkeen toimijalle todistuksen ilmoituksen käsittelystä.

**Toimija täyttää soveltuvin osin**

|  |  |
| --- | --- |
| 1. Toimija | Toimijan nimi      |
| Osoite ja postitoimipaikka sekä kotikunta      | Puhelinnumero ja sähköpostiosoite      |
| Yhteyshenkilö       | Puhelinnumero ja sähköpostiosoite      |
| 2. Y-tunnus tai sen puut- tuessa henkilötunnus | Y-tunnus (tai henkilötunnus)       |
| 3. Liikkuva elintarvike- huoneisto | Myyntilaitteen rekisterinumero tai muu tunniste Toiminta on aloitettu1.9.2011 jälkeen: [ ]  Ilmoitettu liikkuvaksi elintarvikehuoneistoksi (ilmoittamispäivä ja - paikkakunta) ennen 1.9.2011: [ ]  Hyväksytty liikkuvaksi elintarvikehuoneistoksi (hyväksymispäivä ja -paikkakunta)  |
| 4. Suunnitelma elintarvik- keen myynnistä tai  muusta käsittelystä | Suunnitelma siitä, missä elintarvikemyyntiä tai elintarvikkeiden muuta käsittelyä aiotaan harjoittaa (käyntiosoite ja postitoimipaikka sekä mahdollinen tapahtuman/tilaisuuden nimi) Käsiteltävät elintarvikkeet ja toiminnan laajuus  |
| 5. Ajankohta ja määräai- kaisen toiminnan kesto | Arvioitu aloittamisajankohta      [ ]  jatkuva toiminta[ ]  määräaikainen toiminta, toiminnan kesto       |
| 6. Päiväys ja allekirjoitus | Päivämäärä Paikka            | Allekirjoitus *(ei vaadita sähköpostitse)* ja nimenselvennys      |
| **Ilmoitus liitteineen toimitetaan Koillis-Lapin ympäristöterveydenhuollon terveysvalvontaan ensisijaisesti sähköisesti osoitteeseen** **terveystarkastaja@pelsavu.fi****. Sähköpostitse lähetettäessä ei vaadita allekirjoitusta.****Postitusosoitteet löytyvät sivun alareunasta.** |

**Viranomainen täyttää**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Tiedotus on vastaanotettu | Päiväys      | Käsittelijä      |
| Lisätietoja on pyydetty (pvm)       mennessä | Päiväys      | Käsittelijä      |
| Pyydetyt lisätiedot on saatu | Päiväys      | Käsittelijä      |