

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 puuttuessa henkilötunnus	Y-tunnus (tai henkilötunnus)	
3. Liikkuva elintarvikehuoneisto	Myyntilaitteen rekisterinumero tai muu tunniste Toiminta on aloitettu 1.9.2011 jälkeen: <input type="checkbox"/> Ilmoitettu liikkuvaksi elintarvikehuoneistoksi (ilmoittamispäivä ja -paikkakunta) ennen 1.9.2011: <input type="checkbox"/> Hyväksytty liikkuvaksi elintarvikehuoneistoksi (hyväksymispäivä ja -paikkakunta)	
4. Suunnitelma elintarvikkeen 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 määräaikaisen toiminnan kesto	Arvioitu aloittamisajankohta <input type="checkbox"/> jatkuva toiminta <input type="checkbox"/> määräaikainen toiminta, toiminnan kesto	
6. Päiväys ja allekirjoitus	Päivämäärä Paikka	Allekirjoitus (ei vaadita sähköpostitse) ja nimenselvennys

Ilmoitus liitteineen toimitetaan Koillis-Lapin ympäristöterveydenhuollon terveystarkastajaan 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
Pyydetty lisätiedot on saatu	Päiväys	Käsittelijä