



I.C.A.B.
INSTITUTO DE CONTROL
DE ALIMENTACIÓN Y BROMATOLOGÍA

 Av. Ramírez 2197 y Lopez y Planes – Paraná
 (3100) Entre Ríos
 Tel/Fax 0343 – 4343980

SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN DE TRANSPORTE DE SUSTANCIAS ALIMENTICIAS

.....de.....de 200.....

El que suscribe, solicita la inscripción en el Registro Nacional de Transporte de Sustancias Alimenticias, que se describe, según Artículo 154bis del Código Alimentario Argentino, Resolución conjunta 40/2003 y 344/2003.

1-TITULAR DEL MEDIO DE TRANSPORTE DE ALIMENTOS:

1.1-PERSONA FÍSICA:

Apellido y Nombre				
Nacionalidad	Tipo y N° de documento			
Domicilio real	Calle:	N°	Piso	Of/Dpto.
Localidad	Código Postal:			
Provincia	Teléfono/fax:			

1.2-PERSONA JURÍDICA – Integrantes titulares del órgano de administración (utilizar form. adicional si son más de dos)

1.2.1- Razón social:

--	--	--	--

1.2.2 –Apellido y Nombre

Cargo:			
--------	--	--	--

Tipo y N° de documento

CUIT N°:			
----------	--	--	--

Domicilio

Calle:	N°	Piso	Of/Dpto.
--------	----	------	----------

Localidad

Código Postal:			
----------------	--	--	--

Provincia

Teléfono/fax:			
---------------	--	--	--

Fecha de vencimiento del mandato:			
-----------------------------------	--	--	--

1.2.3 –Apellido y Nombre

Cargo:			
--------	--	--	--

Tipo y N° de documento

CUIT N°:			
----------	--	--	--

Domicilio

Calle:	N°	Piso	Of/Dpto.
--------	----	------	----------

Localidad

Código Postal:			
----------------	--	--	--

Provincia

Teléfono/fax:			
---------------	--	--	--

Fecha de vencimiento del mandato:			
-----------------------------------	--	--	--

1.3-DOMICILIO ESPECIAL (En dicho domicilio se tendrán por válidas las notificaciones administrativas y judiciales)

Domicilio	Calle:	N°	Piso	Of/Dpto.
Localidad	Código Postal:			
Provincia	Teléfono/fax:			

1.4-APODERADO (Debe adjuntar copia certificada del poder)

Apellido y Nombre				
Tipo y N° de documento				
Domicilio	Calle:	N°	Piso	Of/Dpto.
Localidad	Código Postal:			
Provincia	Teléfono/fax:			

Los abajo firmantes manifiestan con carácter de declaración jurada que para el llenado de este formulario, han tenido en cuenta el Código Alimentario Argentino, Ley 18284 y normativas reglamentarias así como que los datos consignados mas arriba son correctos, ciertos, completos, sin omitir ni falsear parte alguna y corresponden al establecimiento que se pretende inscribir. Declaro asimismo conocer las penalidades establecidas en la legislación vigente para el caso de falsedad de la presente declaración.

Firma y aclaración del Titular/es o Apoderado

2-CHOFER DEL MEDIO DE TRANSPORTE DE ALIMENTOS (en caso de corresponder):

Apellido y Nombre			
Nacionalidad	Tipo y N° de documento		
Domicilio real	Calle:	N°	Piso Of/Dpto.
Localidad	Código Postal:		
Provincia	Teléfono/fax:		

3- ALIMENTOS A TRANSPORTAR (a ser llenado por el I.C.A.B. o autoridad sanitaria competente) (La tipificación de los rubros será aplicada a la Credencial habilitante)

RUBRO	RUBRO	RUBRO
A CARNES	J GOLOSINAS Y AFINES	S PESCADOS, MOLUSCOS Y CRUSTACEOS
B MENUDECIAS	K PASTAS FRESCAS	T PRODUCT. DE DESPENSA ENVASADOS
C FIAMBRES, QUESOS Y PROD. DE GRANJA	L HUEVOS	U SERVICIO DE LUNCH Y REPOSTERIA
D SEBOS, INCOMESTIBLES Y GRASAS	M AVES EVISCERADAS	V HIELO
E GRASA EN RAMA	N ESPECIES MENORES EVISCERADAS	W AZUCAR, ARROZ, HARINA EN BOLSAS
F GRASA ENVASADA	O FRUTAS, VERDURAS Y HORTALIZAS	X LECHE CRUDA
G CHACINADOS Y EMBUTIDOS FRESCOS	P BEBIDAS GASEOSAS Y ALCOHOLICAS	Y CEREALES A GRANEL
H PRODUCTOS LACTEOS	Q ARTICULOS DE KIOSCO	Z QUESOS PASTA DURA.
I PAN, PANIFICADOS Y AFINES	R HELADOS ENVASADOS	

RUBRO/S HABILITADO/S																			
-----------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

4- CARACTERÍSTICAS DEL MEDIO DE TRANSPORTE DE ALIMENTOS:

Tipo de vehículo	
Marca	
Modelo	
Dominio	
Número de Motor	

5- CARACTERÍSTICAS DEL TRANSPORTE DE SUSTANCIAS ALIMENTICIAS

- Caja, contenedor o cisterna, con aislamiento térmico y con equipo mecánico de frío.
- Caja, contenedor o cisterna, con aislamiento térmico y sin equipo mecánico de frío y con sistemas refrigerantes autorizados.
- Caja, contenedor o cisterna, con aislamiento térmico y sin equipo mecánico de frío y sin sistemas refrigerantes.
- Caja sin aislamiento térmico.
- Sin Caja o Playo.

6- NUMERO DE REGISTRO ASIGNADO:

I.C.A.B. N° 080-

7-DOCUMENTACIÓN QUE SE DEBE ADJUNTAR INDEFECTIBLEMENTE A ESTA SOLICITUD:

Sí	No	← Presenta
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Copia de Tarjeta Verde.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Copia de la Libreta Sanitaria actualizada de quien Manipule los Alimentos.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Copia del poder otorgado al apoderado, si el titular no realiza el tramite personalmente
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Copia del CONTRATO SOCIAL si se trata de una sociedad, si es una sociedad de hecho deben firmar todos los socios.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Copia del DNI (pagina 1-2 y 3) del Titular, Apoderado y Chofer (de corresponder).
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Autorización de manejo (de corresponder).
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Presenta este formulario por DUPLICADO
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Constancia de CUIT.

Los abajo firmantes manifiestan con carácter de declaración jurada que para el llenado de este formulario, han tenido en cuenta el Código Alimentario Argentino, Ley 18284 y normativas reglamentarias así como que los datos consignados mas arriba son correctos, ciertos, completos, sin omitir ni falsear parte alguna y corresponden al establecimiento que se pretende inscribir. Declaro asimismo conocer las penalidades establecidas en la legislación vigente para el caso de falsedad de la presente declaración.

Firma y aclaración del Titular/es o Apoderado

No se aceptarán tramites en los que falte documentación según se requiere en ITEM -7.

En caso que el Instituto de Control de Alimentación y Bromatología de la Provincia de Entre Ríos, estime necesario solicitar documentación alguna, ésta se hará por escrito y el suscriptor tendrá 10 (diez) días hábiles, después de notificado para su presentación, caso contrario, **dicho trámite será archivado y deberá reiniciarlo nuevamente.**

El juego de documentación **DUPLICADO** será retirado en el momento del ingreso por el interesado como constancia de su presentación y **tendrá validez hasta contar con la Habilitación Final.**

8. FORMA DE PAGO: DEPÓSITO - INTERDEPOSITO TICKET N° : _____

FECHA: ____/____/____

El presente Transporte de Alimentos, ha sido verificado y la misma cumple con las condiciones Higiénico – Sanitarias exigidas por el Decreto Provincial de Transporte de Sustancias Alimenticias N° 2996/89 Anexo I y II Ley Nacional N° 18.284/69 del Código Alimentario Argentino para el Transporte de Productos Alimenticios.

.....
Firma y aclaración del Funcionario Verificador

...../...../.....
Fecha de Verificación

Los abajo firmantes manifiestan con carácter de declaración jurada que para el llenado de este formulario, han tenido en cuenta el Código Alimentario Argentino, Ley 18284 y normativas reglamentarias así como que los datos consignados mas arriba son correctos, ciertos, completos, sin omitir ni falsear parte alguna y corresponden al establecimiento que se pretende inscribir. Declaro asimismo conocer las penalidades establecidas en la legislación vigente para el caso de falsedad de la presente declaración.

Firma y aclaración del Titular/es o Apoderado

Los abajo firmantes manifiestan con carácter de declaración jurada que para el llenado de este formulario, han tenido en cuenta el Código Alimentario Argentino, Ley 18284 y normativas reglamentarias así como que los datos consignados mas arriba son correctos, ciertos, completos, sin omitir ni falsear parte alguna y corresponden al establecimiento que se pretende inscribir. Declaro asimismo conocer las penalidades establecidas en la legislación vigente para el caso de falsedad de la presente declaración.

Firma y aclaración del Titular/es o Apoderado