

**ITINERARIO Y HORARIO DE FUNCIONAMIENTO  
DE LA UNIDAD MÓVIL DE ALIMENTOS**

**Si funciona en una ubicación fija, complete la sección a continuación:**

- Planeo funcionar en un solo lugar.

Dirección del lugar: \_\_\_\_\_

Horario de funcionamiento (días y horas): \_\_\_\_\_

**Si funciona en varias ubicaciones, complete la sección a continuación**

- Planeo funcionar en múltiples ubicaciones o en una ruta.

Enumere todas las ubicaciones donde planea operar. Si opera en una ruta fija o en varias ubicaciones, indique la hora aproximada (y las fechas, si corresponde) en cada ubicación. Adjunte hojas adicionales si es necesario.

Ubicación de funcionamiento	Fechas y horas de funcionamiento

**Si no ha programado ningún evento** todavía, indique cuándo dará esta información \_\_\_\_\_, y cuando espera comenzar a operar \_\_\_\_\_.

Devuelva el formulario completo a: Programa de salud ambiental del condado Linn  
P. O. Box 100  
315 SW 4<sup>th</sup> Ave, 1<sup>st</sup> Floor  
Albany, OR 97321

**Si su (s) ubicación (es) de funcionamiento o su ruta cambian**, debe informar a su departamento de salud local. Si traslada su unidad móvil a otro condado, debe notificar al departamento de salud local del condado al que se muda antes de comenzar a operar.