



Annex V. Model de declaració responsable per acollir-se a la reducció de freqüència d'anàlisis dels establiments de molt petita producció inscrits en el Registre General Sanitari d'Empreses Alimentàries i Aliments

Codi dir3: A04026921

Codi SIA:2896983

Nom de l'establiment			
Domicili industrial			
Municipi		Codi postal	
Correu electrònic		Tel.	
Núm. de registre sanitari			

Dades del titular

Nom i llinatges o raó social del titular		DNI/CIF	
Domicili social			
Municipi		Codi postal	
Correu electrònic		Tel.	

Dades del representant

Nom i llinatges del representant		DNI	
Domicili			
Municipi		Codi postal	
Correu electrònic		Tel.	

Dades de producció

<i>Establiment inscrit en el Registre General Sanitari d'Empreses Alimentàries i Aliments</i>	<i>Producció setmanal</i>	<i>Producció anual</i>
Carn picada i preparats de carn		
Carn fresca d'aus de corral		

Dades de sacrifici

<i>Categoria animal</i>	<i>Nombre d'animals sacrificats anualment</i>
Bovins majors de 24 mesos	
Altres bovins	

Porcs d'engreix i reproductors de més de 100 kg de pes viu	
Porcs d'engreix fins a 100 kg de pes viu	
Porcelles	
Ovins i caprins reproductors i xots i cabrits de pes viu $\geq$ 15 kg	
Xots i cabrits de pes viu inferior a 15 kg	
Aus	

DECLAR:

- Que les dades indicades anteriorment són certes.
- Que dispòs d'un programa d'autocontrol basat en l'anàlisi de perills i punts de control crític implantat, verificat pels serveis de control oficial de la Direcció General de Salut Pública i Participació.
- Que no he detectat cap mostra amb incompliment els sis mesos previs a la presentació de la corresponent declaració responsable.
- Que comunicaré les dades dels resultats de les anàlisis efectuades d'acord amb la forma que determini la Direcció General de Salut Pública i Participació.
- Que comunicaré qualsevol canvi en la situació del meu establiment que suposi un canvi en la classificació d'aquest.

(Marcau amb una x)

AUTORITZ LA DIRECCIÓ GENERAL DE SALUT PÚBLICA I PARTICIPACIÓ:

- ☐ Que dugui a terme les consultes en els fitxers públics per acreditar les dades o els documents que s'indiquen a continuació perquè es puguin obtenir en nom meu per l'òrgan competent o autoritzat, en l'àmbit de l'Administració de la Comunitat Autònoma de les Illes Balears, mitjançant transmissions de dades o de certificacions que les substitueixin:
- Document nacional d'identitat (DNI)
- ☐ No l'autoritza a fer la consulta del meu DNI, per la qual cosa en present una fotocòpia.

De conformitat amb la Llei orgànica 15/1999, de 13 de desembre, de protecció de dades de caràcter personal, i el Reglament que la desenvolupa, consent expressament que les dades facilitades en la comunicació prèvia es recullin i es tractin en un fitxer de titularitat de la Conselleria de Salut i Consum. D'acord amb la Llei orgànica 5/1999, puc exercir els drets d'accés, rectificació, cancel·lació i



oposició amb una sol·licitud adreçada a la Direcció General de Salut Pública i Participació.

Data i signatura

DIRECCIÓ GENERAL DE SALUT PÚBLICA I PARTICIPACIÓ