Instituto de Salud Pública y Laboral de Navarra
Nafarroako Osasun Publikoaren eta Lan Osasunaren Institutua

Seguridad Alimentaria / Elikadura Segurtasuna
Calle Leire Kalea, 15
31003 Pamplona/Iruña

COMUNICACIÓN PARA EL REGISTRO DE LA ACTIVIDAD DE VENTA AMBULANTE EN EL REGISTRO SANITARIO AUTONÓMICO DE NAVARRA

DATOS DEL TITULAR	
Apellidos y Nombre o Razón Social	
NIF/NIE	
Nombre comercial (en su caso)	
Teléfono de contacto	
Email	
Contacto ALERTA: nombre, y tfno.	
☐ Sí Realiza venta por internet? Web:	
DOMICILIO SOCIAL	
Calle, Nº, Piso, Esc., Puerta	
Código postal, localidad y provincia	
ALMACÉN DE APOYO(1) (cumplimentar si el titular dispone de él)	
Calle, Nº, Piso, Esc., Puerta	
Código postal, localidad y provincia	
COMERCIO YA REGISTRADO(1) (cumplimentar si el titular dispone de establecimiento registrado)	
Calle, Nº, Piso, Esc., Puerta	
Código postal, localidad y provincia	
Nº RGSEAA/RSA	

DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD ALIMENTARIA

Datos de la modalidad de la venta ambulante:

☐ Mercadillos (indicar municipios, días de la semana) *(2)*

☐ Eventos (indicar festividad, feria, jornadas y días de participación) *(2)*

☐ Instalación de venta ambulante individual (indicar municipio, lugar de instalación) *(2)*

Tipos de establecimientos

☐ Vehículo tienda (venta de alimentos) MATRICULA: _____
☐ Foodtruck (vehículo de comidas o restauración) MATRÍCULA: _____
☐ Carrito de venta ambulante
☐ Puesto desmontable tipo caseta
☐ Puesto desmontable de mercadillos
☐ Instalación fija que solo se utiliza en eventos puntuales (ferias, pabellones festivos)
☐ Otros (indicar)

Instalaciones y equipos(3)**:**

Tipo de actividad alimentaria, productos comercializados y procesos realizados en su caso.

Otros datos/Observaciones:

Firma del titular:

(1): Cumplimentar estos apartados en caso de que disponga de almacén de apoyo o establecimiento registrado).
(2): Indicar estos datos si se conocen previamente y se realizan con regularidad.
(3): Indicar si dispone de equipos de frío u otros equipamientos reseñables.

Seguridad Alimentaria / Elikadura Segurtasuna
Calle Leire Kalea, 15
31003 Pamplona/Iruña

DOCUMENTACIÓN ADJUNTA (marca la documentación que aporta)

☐ Fotocopia NIF/NIE* ☐ Plano del Foodtruck/vehículo

*Personas jurídicas, siempre.
*Personas físicas, solo en caso de oponerse a su consulta)

GUÍAS DE BUENAS PRÁCTICAS DE HIGIENE

El operador tiene disponible en la página web del Instituto de Salud Pública y Laboral de Navarra unas guías de buenas prácticas de higiene que son de aplicación en función de la actividad realizada

* Guía para los sectores**: comercio minorista, comercios no sedentarios y máquinas expendedoras:** **https://www.navarra.es/documents/48192/6720829/guia+higiene+comercio+minorista.pdf/df1a1600-faf2-efcd-7830-8925f5abbe32?t=1754389656787**

* Guía para el sector**: elaboración y servicio de comidas**
https://www.navarra.es/documents/48192/6720829/guia+higiene+elaboracion+comidas.pdf/1aa3a4cc-9c9a-9c27-7c52-c73d9157c48d?t=1754389626838

COMPROBACIÓN DE DATOS Y DERECHO DE OPOSICIÓN (ARTÍCULO 28.2-LEY 39/2015)

*El órgano gestor realizará las **consultas necesarias** para comprobar la **exactitud** de los **datos** aportados. En concreto consultará los datos relativos a **identidad** de la **persona solicitante** y de la persona **representante legal**. Los titulares de los datos podrán ejercer su derecho de oposición al tratamiento, marcando la siguiente casilla:*

☐ *Me opongo a la consulta de los datos de identidad de la persona solicitante a través del Sistema de Verificación de Datos de identidad y aporto copia del DNI/NIE.*

☐ *Me opongo a la consulta de los datos de identidad de la persona representante legal a través del Sistema de Verificación de Datos de identidad y aporto copia del DNI/NIE.*

DECLARACIÓN RESPONSABLE:

DECLARO bajo mi responsabilidad:
- Que son **ciertos** y **exactos** los **datos** reseñados en la presente comunicación,
- Que conozco y que **cumplo** con lo dispuesto en la **legislación** alimentaria **vigente** aplicable a la actividad.
- Que dispongo del **equipamiento necesario** para llevar a cabo dichas actividades.

Por otro lado, **ME COMPROMETO a:**
- Asumir las obligaciones de someterme a los controles oficiales llevados a cabo por las autoridades competentes.
- Comunicar al Instituto de Salud Pública y Laboral de Navarra cualquier **cambio** en los datos de su inscripción, como: titularidad, domicilio a efectos de notificación o actividad, incluido el cese definitivo de la actividad.

INFORMACIÓN SOBRE PROTECCIÓN DE DATOS

De acuerdo con el Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 27 de abril de 2016, relativo a la protección de las personas físicas en lo que respecta al tratamiento de datos personales y a la libre circulación de estos datos y por el que se deroga la Directiva 95/46/CE (Reglamento general de protección de datos) y la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales, en lo referente al tratamiento de datos personales y a la libre circulación de estos, los **datos personales facilitados y recogidos en este impreso**, **podrán ser incluidos en un fichero** para su tratamiento, por este órgano administrativo, como titular responsable del fichero, en el **uso de las funciones propias que tiene atribuidas y en el ámbito de sus competencias**.

Asimismo, se le informa de la **posibilidad de ejercer sus derechos de acceso, rectificación, supresión o limitación del tratamiento de los datos personales, portabilidad y a oponerse al tratamiento**, en el caso de que se den los requisitos establecidos en el Reglamento General de Protección de Datos, así como en la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales. Para más información sobre protección de datos puede consultar en el siguiente enlace:
https://www.navarra.es/es/proteccion-de-datos