SUNIBROM
SUPERIOR UNIDAD
BROMATOLÓGICA PROVINCIAL
MINISTERIO DE SALUD JUJUY

DENUNCIA TIPO 2

MUNICIPIOS. CARACTERISTICAS ORGANOLEPTICAS

San Salvador de Jujuy, a los ____días del mes de _____ de 20 ____ .

A la Referente
De SUNIBROM
Dra. Sonia Beatriz Garcia
S____ /_____ D

Tengo el agrado de dirigirme a Ud. con el objeto de realizar la correspondiente Denuncia de Intoxicación Alimentaria, según datos que informo a continuación:

1- DATOS GENERALES (Marcar con una cruz cuando corresponda)

LA NOTIFICACION DE LA DENUNCIA LA REALIZA UN :

Particular ( ) Organismo Público( ) Organismo Privado ( )

Establecimiento ( ) Otros (especificar): _____

PRESENTAR ANTES DE LAS 48 HORAS HABILES, MUESTRA DE LO DENUNCIADO Y/O **ACTUACIONES** REALIZADAS HASTA EL MOMENTO, CASO CONTRARIO SE DESESTIMARÁ LA DENUNCIA

2- IDENTIFICACION DE LA PERSONA QUE NOTIFICA LA DENUNCIA RESPONSABLE DEL MUNICIPIO

NOMBRE Y APELLIDO:_____
DNI: _____
DOMICILIO:_____
DEPARTAMENTO_____ LOCALIDAD:_____
TELEF: _____ MAIL: _____

Nº DE MUESTRA:……..

a) ES UN ALIMENTO: ENVASADO Y CON ROTULACION ( )

EL ALIMENTO FUE: COMPRADO ( ) ESPECIFICAR DONDE: _____

FECHA Y HORA DE LA COMPRA:_____

FECHA Y HORA EN LA QUE ABRIO EL ENVASE: _____

3- ESTADO DEL ALIMENTO POR EL CUAL SE PRESENTA LA DENUNCIA (describa el alimento):

SABOR:_____

OLOR:_____

COLOR:_____

TEXTURA:_____

Otras observaciones: _____

_____

_____

4 – AL MOMENTO DE LA DENUNCIA EL AFECTADO ADJUNTA ADEMAS FOTOCOPIAS DE :

TICKET O FACTURA DE LA COMPRA ( )

OTROS (especificar): _____

_____

SUNIBROM investigará la denuncia para prevenir problemas de salud en la comunidad e informe al damnificado. Es importante aclarar que este informe no podrá ser utilizado para realizar denuncias legales.

Firma _____

Aclaración _____

DNI_____

TELEF._____

MAIL _____