|  |  |
| --- | --- |
| El abajo firmante, **solicita al SC CAAE un servicio de ANALISIS DE PELIGROS Y PUNTOS CRÍTICOS DE CONTROL (HACCP),**  declara la veracidad de los datos que figuran a continuación y su compromiso de cumplimiento a las condiciones establecidas en este documento. | **NO RELLENAR** |
| **Fecha de recepción de la solicitud:**  **\_\_\_\_ /\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_\_\_** |

|  |  |
| --- | --- |
| **A. DATOS DEL SOLICITANTE** | **REVISIÓN** |
| 1. NOMBRE O RAZON SOCIAL:DNI/CIF/NIE/ID Fiscal: //  ***Nombre del Operador o de la empresa y naturaleza jurídica***  ***Adjunto copia del DNI/NIF/NIE/ID Fiscal*** |  |
| 2. DATOS DE CONTACTO:  Nombre:  Dirección: C.P.: Municipio: Provincia:País:  Teléfono / s: /Fax: Correo electrónico:@ |  |
| 3. REPRESENTANTE LEGAL (si el solicitante es persona jurídica)  Nombre:DNI/NIE/ID Fiscal: //  ***Nombre del Operador o de la empresa y naturaleza jurídica***  ***Adjunto copia del DNI/NIE/ID Fiscal***  ***Adjunto copia documento acreditativo de la representación legal*** |  |
| 4. OTRAS PERSONAS Y DATOS DE CONTACTO *(por defecto se tomarán a efectos de contacto con el operador y envío de comunicaciones los datos indicados en el apdo.2. En el caso que haya otras personas o datos de contacto como dirección, teléfonos, fax o correo electrónico a utilizar indicarlo y su responsabilidad como por ej. Visita de inspección, trámites con el SC CAAE,…)* |  |
| 5. Dirección de las zonas de procesado, si son diferentes a las indicadas en el punto 2 (separa por comas si son varias incluyendo las actividades de cada una): |  |
| **B. DATOS GENERALES** | **REVISIÓN** |
| 1.TIPO DE ACTIVIDAD   |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | |  | Leches y productos lácteos |  | Productos de confitería |  | Salsas, aderezos, especias y condimentos | |  | Helados y mezclas para helados |  | Productos de panadería y pastelería |  | Frutas y verduras | |  | Productos grasos |  | Alimentos de uso infantil |  | Comidas y platos preparados | |  | Caldos, sopas, cremas y mezclas deshidratadas |  | Carnes y Productos cárneos |  | Bebidas | |  | Productos elaborados a partir de cereales |  | Pescados y Productos de la pesca |  | Estimulantes y fruitivos | |  | Azúcares y miel |  | Huevos y ovoproductos |  | Conservas. | |  | Materias primas para la alimentación humana o animal | | | | |   Todos los productos de las actividades solicitadas se encuentran englobados en el sistema HACCP:  SÍ  NO  En caso negativo, indicar los productos incluidos en el HACCP y los que no |  |
| 2. PAIS (donde están ubicadas las instalaciones) |  |
| 3. TIPO DE SOLICITUD  Inscripción  Ampliación de actividades  Ampliación de la zona producción/instalaciones  Baja parcial  Cambios en los datos del solicitante  Cambios en los datos de la zona de producción  Cambio de titularidad desde el operador:  ***Adjunto el Anexo: Cambio de titularidad*** |  |
| 4. DOCUMENTO HACCP (Obligatorio el adjuntarse a la presente solicitud)  Fecha de creación del HACCP:  Fecha y número de Revisión del documento HACCP actual: º  ¿Se subcontratan actividades relacionadas con el HACCP? (SI/NO. Indicar tipo en su caso y cumplimentar Anexo):  PCC identificados en HACCP:   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **Productos o categoría de productos afectados** | **Fase** | **PCC** | **Observaciones** | |  |  |  |  | |  |  |  |  | |  |  |  |  | |  |  |  |  | |  |  |  |  | |  |  |  |  | |  |  |  |  |   ***Adjunto versión actual de análisis HACCP*** |  |
| 5. OTRAS CERTIFICACIONES (he solicitado o estoy interesado en otras certificaciones como…)  Producción Ecológica-Orgánica (UE)  National Organic Program. NOP (USA)  GlobalGap  Japan Agriculture Standards. JAS (JAPON)  Biosuisse (SUIZA)  Otros como: |  |
| **C. OTROS DATOS DE INTERES** | **REVISIÓN** |
| 1. ANTERIOR ORGANISMO DE CONTROL.  ¿Ha estado  la/las instalaciones indicadas en esta solicitud, controladas por algún Organismo de certificación?  SI  NO.  En caso afirmativo, indicar cual o cuales\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Indicar la Norma en base a la cual se certificó \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Periodo durante el cual estuvo bajo control entre \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ y \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Motivo de la baja \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Manifiesto mi compromiso expreso de facilitar toda la información que sea necesaria para que se puedan consultar mis antecedentes  ***Adjunto documentación acreditativa*** |  |
| 2. OPERADORES RELACIONADOS/SUBCONTRATACIÓN  Indico si ha subcontratado alguna operación a otro operador:  SÍ  NO  ***Adjunto el Anexo: Subcontratación***  Indico si deseo que su explotación se visite conjuntamente con otros operadores:SINO  ***Adjunto el Anexo: Operadores relacionados (a efectos de organización de inspecciones)***  He realizado esta solicitud a través de alguna entidad (caja, cooperativa, asesoría…)  Indicar el nombre y el teléfono |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ANEXO: CAMBIO DE TITULARIDAD** | | **REVISIÓN** |
| NOMBRE: DNI/CIF/NIE/ID Fiscal: //  ***Nombre del Operador o de la empresa y naturaleza jurídica*** | ***Firmado*** |  |
| Como operador registrado en el SC CAAE con el nº  declaro que causo BAJA  TOTAL  PARCIAL y me subrogo en:  ***En el caso de una baja parcial: Adjuntar la documentación de esta solicitud correspondiente a las instalaciones o productos objeto de la subrogación parcial***. | |
| NOMBRE:DNI/CIF/NIE/ID Fiscal: //  ***Nombre del Operador o de la empresa y naturaleza jurídica*** | ***Firmado*** |
| Que solicita la inscripción en el SC CAAE asumiendo los compromisos adquiridos por el anterior titular | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **ANEXO: OPERADORES RELACIONADOS (a efectos de organización de inspecciones)** | | | | **REVISIÓN** |
| Con los operadores indicados a continuación mantengo una determinada relación (parentesco, mismo representante, vecindad,…) y solicito que afectos de organización de las visitas de inspección, se realicen a ser posible en el mismo día. | | | |  |
| **Nº operador** | **Nombre y apellidos/Razón social del titular** | **Nº operador** | **Nombre y apellidos/Razón social del titular** |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ANEXO: SUBCONTRATACIÓN** | | | | | **REVISIÓN** |
| Declaro las actividades que tengo subcontratadas a terceros que afectan al HACCP. | | | | |  |
| **Datos del operador subcontratado** | | | | |  |
| **Nombre del operador** | **Nombre del representante legal y NIF/NIE/ID Fiscal** | **Firma del titular o representante legal** | **Organismo del que depende el control** | **Actividades subcontratadas** |  |
|  |  |  |  |  |  |
| **Declaración**: A través de la firma de este documento autorizo al personal del Servicio de Certificación CAAE a que aplique sobre las actividades subcontratadas el régimen de control descrito en las **Normas CAAE de Análisis de Peligros y Puntos Críticos de Control (HACCP)**. | | | | | |

c

|  |  |
| --- | --- |
| **D.FIRMA Y COMPROMISOS** | |
| *\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_X\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*  Firma: *(Solicitante o Representante legal)* | Con la firma de esta solicitud, comunico mi interés en someter la unidad de producción, elaboración o comercialización, antes descrita, al método de producción ecológica, requiriendo los servicios de control y certificación del S.C. CAAE para tal fin, notificando en este acto el inicio de la producción de productos que lleven o vayan a llevar referencias al método de producción ecológica con vistas a su comercialización en cumplimiento de la normativa vigente y sus disposiciones de aplicación, proporcionando asimismo a S.C. CAAE la información necesaria exigida por dicha normativa. |