|  |  |
| --- | --- |
| 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/SUBCONTRATACIÓNIndico 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:***[ ]*** SI***[ ]*** NO[ ]  ***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. |