**مدیریت محترم شبکه بهداشت و درمان شهرستان نظرآباد**

**آدرس پست الکترونیکی واحد تولیدی:**

**با سلام و احترام،**

ضمن ارائه مدارک زیر، خواهشمند است دستور فرمایید درخصوص **صدور  تمدید  اصلاح ** گواهی اظهار مشاغل خانگی مربوط به واحد خانم / آقای: ...................................................................... به نشانی: ...................................................................................................................................... با مجوز فعالیت مستقل مشاغل خانگی به شماره ......................... مورخ .................... اقدام نمایند.

|  |  |
| --- | --- |
|  | **۱- مشخصات واحد** |
| نام و نام خانوادگی دارنده مجوز فعالیت مستقل مشاغل خانگی از اداره تعاون، کار و رفاه اجتماعی البرز خانم / آقای:  |
| شماره مجوز: | تاریخ صدور:  | مدت اعتبار: | مرجع صادر کننده: |
| نشانی واحد مسکونی:  |
| تلفن همراه متقاضی: | نوع مالکیت محل: مالک ** استیجاری ** | تعداد ساکنین واحد مسکونی متقاضی:  |
| نوع فرآورده مورد درخواست:  | کُد پیگیری پرداخت الکترونیکی: |
| نام مسئول فنی: | شماره شناسه مسئول فنی در سامانه TTAC: | شماره تماس مسئول فنی:  |
| \*کلیه موارد فوق مورد تأیید اینجانبان : .................. متقاضی گواهی اظهار مشاغل خانگی و ................. مستول فنی بوده و تمام مسئولیت­ها و تبعات حقوقی ناشی از ارائه اطلاعات و مدارک ناقص و غلط را بصورت کامل می­پذیریم. نام و نام خانوادگی نام و نام خانوادگی  امضای مسئول فنی امضای متقاضی |
| این قسمت توسط کارشناس کنترل گردد. | **ردیف** | **۳- مدارک مورد نیاز** | **نظریه کارشناس** |
| **تأیید** | **عدم تأیید** |
| 1 | مجوز فعالیت مستقل مشاغل خانگی از اداره تعاون، کار و رفاه اجتماعی البرز |  |  |
| 2 | ارائه مدرک شناسایی معتبر ( شناسنامه، کارت ملی ) متقاضی |  |  |
| 3 | کارت صلاحیت مسئول­فنی در سامانه TTAC (کلیه شیفت های تولیدی) با امضای مسئول فنی و کار فرما  | درج محصول درخواستی در پروانه ( کارت صلاحیت) مسئول فنی |  |  |
| معتبر بودن پروانه ( کارت صلاحیت) مسئول فنی |
| 4 | تعهد نامه محضری رعایت حداقل اصول و الزامات بهداشتی |  |  |
| 5 | ارائه کارت معاینه بهداشتی کلیه افراد خانوار  |  |  |
| 6 | ارائه گواهی معتبر دوره آموزش بهداشت فردی و بهداشت مواد غذایی |  |  |
| 7 | تصویر سند مالکیت یا اجاره نامه با کد رهگیری برای واحدهای استیجاری به همراه رضایت­نامه کتبی مالک جهت انجام فعالیت مشاغل خانگی |  |  |
| 8 | ارائه قرارداد معتبر با آزمایشگاه همکار مورد تأیید آزمایشگاه کنترل غذا و دارو جهت انجام آزمونهای مورد نیاز |  |  |
| 9 | چک لیست ارزیابی تکمیل شده توسط مسئول فنی |  |  |
| 10 | هزینه واریزی: 1-­ مبلغ صدور ثبت گواهی مشاغل خانگی 000/250/2 ریال  2- مبلغ اصلاح و تمدید ثبت گواهی مشاغل خانگی 000/050/1 ریال 3- واریز وجه فقط از طریق سامانه TTAC و به صورت الکترونیکی |  |  |
| 11 | لوح فشرده حاوی اسکن رنگی، واضح و خوانا تمامی مدارک فوق در فولدرهای جداگانه مربوط به هر محصول و با درج مشخصات به شرح زیر:۱- فرم درخواست ۲- مجوز فعالیت مستقل مشاغل خانگی از اداره تعاون، کار و رفاه اجتماعی البرز 3- کارت صلاحیت مسؤول فنی 4- قرارداد با آزمایشگاه همکار 5- طرح لیبل فرآورده نهایی |  |  |

(**توجه:** این درخواست صرفاً به منزله تحویل مدارک بوده و اقدامات بعدی منوط به بررسی و عدم وجود نواقص می باشد)

**\* دبیرخانه محترم لطفاً ثبت گردد. ** نام و امضاء کارشناس کنترل کننده مدارک: تاریخ و امضاء:

|  |
| --- |
| **۵- مشخصات محصول/ محصولات** |
| نام فرآورده:  |
| مشخصات ظروف بسته­بندی:  |
| وزن یا حجم خالص هر بسته بندی: |
| **ردیف** | **نام مواد تشکیل دهنده** | **درصد** | **روش فرآوری:** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |
| نام فرآورده:  |
| مشخصات ظروف بسته­بندی:  |
| وزن یا حجم خالص هر بسته بندی: |
| **ردیف** | **نام مواد تشکیل دهنده** | **درصد** | **روش فرآوری:** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |

\* فرمولاسیون و ویژگی های فرآورده با ضوابط و مقررات ملی/ بین المللی بهداشتی (مورد تایید سازمان غذا و دارو) مربوطه مطابقت دارد.

**اینجانب ....................... مسئول فنی واحد تولیدی مشاغل خانگی خانم / آقای .............**

**بدینوسیله اعلام می­نمایم علاوه بر مسئولیت فنی این واحد، مسئول فنی واحدهای تولیدی به شرح ذیل نیز می­باشم که تصویر پروانه­های فعالیت اینجانب در واحدهای مذکور به پیوست ارائه می­گردد.**

**-**

-

-

-

**نام و نام خانوادگي مسؤول فني: ‌**............................................................... **تاريخ تكميل:** .............................................. **امضاء:**