

TIME ONLY AS A PUBLIC HEALTH CONTROL (TPHC) FOR FOOD SAFETY

Reference: FDA Food Code 2017 3-501.19

Business Information:

Name of Business:	Business Phone #:
Physical Address:	Business Email:

Owner/Applicant Information:

Name:	Contact Phone #:
Title:	Email:

Please provide answers to all requirements: (Use a separate sheet if needed)

- List all of the foods, in your facility, that you plan to use time only, as a control of bacterial growth:

- Describe how you will mark or identify the foods listed above. (e.g. mark pan with grease pencil, affix container with sticker with time in & discard time, posted written policy with deploy and discard)

- On each shift, who (and provide title i.e. manager, owner, etc..) will make sure that the procedures for Time Only as a control are followed:?

- Describe how problems will be corrected if employees are observed not following the Time as a Public Health Control procedures.

I hereby certify that the above information is correct, and I fully understand that any deviation from the above without prior permission from the Northeast Texas Public Health District (NET Health) may nullify final approval.

Signature(s): _____

Title(s): _____ Date: _____

FOR OFFICE USE ONLY

Reviewed with Operator on (date): _____ Accepted Not Accepted

Reviewer: _____ Reason for not accepting: _____

APPROVED – NO CONDITIONS NOT APPROVED – Reason: _____

TIEMPO COMO CONTROL DE SALUD PÚBLICA (TPHC) PARA LA INOCUIDAD ALIMENTARIA

Referencia: FDA Food Code 2017 3-501.19

Información del negocio:

Nombre del Negocio:	Teléfono Comercial #:
Dirección física:	Correo electrónico:

Información del Propietario/Solicitante:

Nombre:	Teléfono de contacto #:
Título:	Correo electrónico:

Proporcione respuestas a todos los requisitos: (Utilice una hoja separada si es necesario)

1. Haga una lista de todos los alimentos, en su instalación, que planea usar solo tiempo, como control del crecimiento bacteriano:

2. Describa cómo marcará o identificará los alimentos enumerados anteriormente. (por ejemplo, marque el sartén con lápiz, fije el recipiente con una etiqueta adhesiva con el tiempo de entrada y descarte, la política escrita publicada con desplegar y descartar)

3. En cada turno, ¿quién (y proporcionar el título, es decir, gerente, propietario, etcétera...) se asegurará de que se sigan los procedimientos de Solo Tiempo como control?:

4. Describa cómo se corregirán los problemas si se observa que los empleados no siguen los procedimientos de Control de Salud Pública.

Por la presente, certifico que la información anterior es correcta y entiendo completamente que cualquier desviación de lo anterior sin el permiso previo del Distrito de Salud Pública del Noreste de Texas (NET Health) puede anular la aprobación final.

Firma(s): _____

Título(s): _____ Fecha: _____

SOLO PARA USO EN OFICINA

Revisado con Operator el (fecha): _____ Aceptado No se acepta

Crítico: _____ Motivo de no aceptación: _____

APROBADO – SIN CONDICIONES NO APROBADO – Motivo: _____