



Ciudad de Sioux City
Establecimiento de Servicio de Comida (ESC)
Mecanismo de Control de Grasa (MCG)
Forma de Registración



Por favor completa una forma de registración PARA CADA mecanismo de control de gordos, aceite, y grasa (GAG) localizado en el Establecimiento de Servicio de Comida (ESC).

ESC Nombre: _____ ESC Teléfono: _____
 ESC Dirección: _____ ESC Código postal: _____

Localización de ESC: Independiente ___ Complejo / Centro Comercial ___

Tipo de ESC:

Nombre de Contacto: _____ Posición : _____
 Dirección de Contacto: _____
 Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____
 Correo Electrónico de Contacto: _____
 Número de Teléfono de Contacto: _____ Ext: _____ Fax: _____

Numero de Accesorios: ___ Freidora Onda ___ 3-Compartimiento Lavabo ___ Depósito de basura
 ___ Asadores ___ Hornos ___ 2- Compartimiento Lavabo
 ___ Hervidores de inclinación ___ 1- Compartimiento Lavabo ___ Lavaplatos
 ___ Lavabo antes de lavaplatos
 ___ Lavabo de trapeador ___ Otro: _____

MCG localización/Tipo: ___ Exterior Interceptador ___ Interior Debajo de atrapar de lavabo
 ___ Interior Atrapar de piso ___ No MCG instalado ___ Otro _____

MCG Size: _____ galones ___ lb/kg ___ gpm

MCG Manufactura o Fabricante (Si desconoce, deja blanco): _____

MCG Modelo (Si desconoce, deja blanco): _____

MCG Compañía de Servicio (Si desconoce, deja blanco): _____

Frecuencia de Limpieza:

___ Diario ___ Cada Dos Semanas ___ Cada Semana ___ Cada Cuatro de Ano ___ Cada Ano
 ___ Otro

*Es responsabilidad del ESC de tener documentación de limpiar/ bombeo en sitio por 3 años

Compañía de transportación a la grasa reciclado:

Contenedor de grasa reciclado en sitio? Sí No

Si contestas que si tienes, el contenedor de grasa esta en contención secundaria? Si No

Ocupación de asientos: _____

Numero de comidas serviciadas diario (promedio): _____

Alguna vez han tenido o usado productos con que lo combate la grasa, aceite, o gordo (i.e. químicos, bio-augmentation, etc.) Si No

Por favor explica si aplica: _____

Otros comentarios o información: _____

Yo, (Nombre) _____, certifico que esta forma esta llenada y correcto según entiendo.

(Firma) _____ (Fecha) _____

Por favor manda la forma de registración de MCG al **Supervisor del Laboratorio:**

Enviar por correo a:

City of Sioux City WWTP

C/O FOG Program

3100 S. Lewis Blvd

Sioux City, IA 51106

Por fax a: (712) 279-6191

Copias escaneadas se pueden mandar por correo electrónico a: FOG@sioux-city.org