



**Ciudad de Sioux City**  
**Establecimiento de servicio de comida (FSE)**  
**Formulario de Registro del Mecanismo de**  
**Control de Grasas, Aceites y Grasa (FOG)**

Complete un formulario de registro por separado para CADA mecanismo de control de la grasa (GCM) ubicado en su establecimiento de servicio de alimentos (FSE).

Nombre de FSE: \_\_\_\_\_ Teléfono de FSE: \_\_\_\_\_  
 Dirección postal de FSE: \_\_\_\_\_ Código postal de FSE: \_\_\_\_\_

Ubicación de FSE: Unidad independiente \_\_\_\_\_ Complejo / Mall / Strip-Mall \_\_\_\_\_

Tipo de FSE: \_\_\_\_\_

Nombre de contacto: \_\_\_\_\_ Posición: \_\_\_\_\_  
 Dirección de contacto: \_\_\_\_\_  
 Código postal: \_\_\_\_\_  
 Email de contacto: \_\_\_\_\_  
 Teléfono de contacto: \_\_\_\_\_ Ext: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

Cantidad de accesorios: \_\_\_ Freidoras profundas \_\_\_ Fregaderos de 3 compartimentos  
 \_\_\_ Desagüe de basura \_\_\_ Fregaderos de prelavado \_\_\_ Parrillas  
 \_\_\_ Fregaderos de 2 compartimentos \_\_\_ Teteras inclinadas  
 \_\_\_ Gamas Wok \_\_\_ Hornos \_\_\_ Fregaderos de 1 compartimiento \_\_\_ Lavavajillas  
 \_\_\_ Fregaderos de fregona \_\_\_ Otro \_\_\_\_\_

Ubicación / Tipo de GCM: \_\_\_ Interceptor exterior \_\_\_ Interior debajo de la trampa de fregadero  
 \_\_\_ Trampa de suelo interior \_\_\_ Sin GCM instalado \_\_\_ Otro \_\_\_\_\_

Tamaño de GCM: \_\_\_\_\_ galones \_\_\_ lb \_\_\_ gpm

Fabricante de GCM (si se desconoce, déjelo en blanco):  
 \_\_\_\_\_

Modelo GCM (si se desconoce, déjelo en blanco):  
 \_\_\_\_\_

GCM Service Company (si se desconoce, déjelo en blanco):  
 \_\_\_\_\_

Frecuencia de limpieza: \_\_\_ Diario \_\_\_ Bisemanal \_\_\_ Semanal \_\_\_ Trimestral \_\_\_ Anualmente

\*Es responsabilidad del FSE mantener registros de los horarios de limpieza / bombeo en el sitio durante 3 años.\*

Compañía de servicios de bombeo (si se desconoce, déjelo en blanco):

---

Compañía de procesamiento de grasa amarilla / freidora:

---

Contenedor de procesamiento de grasa amarillo / freidor en el sitio? \_\_\_ Si \_\_\_ No

En caso afirmativo, ¿Amarillo / Fryer Grease Rendering Container dentro de la contención secundaria?

\_\_\_ Si \_\_\_ No

Ocupación de asientos: \_\_\_\_\_

Número de comidas servidas diariamente (promedio): \_\_\_\_\_

¿Alguna vez ha usado alguna vez algún producto para ayudar con la eliminación de FOG (es decir, productos químicos, bioaumento, etc.)? \_\_\_ Sí \_\_\_ No

En caso afirmativo, explíquelo porfavor: \_\_\_\_\_

Otros comentarios o información:

---

---

Yo, (Imprimir Nombre) \_\_\_\_\_, certifico que a mi leal saber y entender las afirmaciones anteriores son correctas.

(Firma) \_\_\_\_\_ (Fecha) \_\_\_\_\_

Después de completar, envíe el formulario de registro de GCM al supervisor de laboratorio:

Copias enviadas pueden ser enviadas a:

WWTP de la ciudad de Sioux City

C / O Vicki Baker

3100 S. Lewis Blvd

Sioux City, IA 51106

Los faxes se pueden enviar a: (712) 279-6191

Las copias escaneadas se pueden enviar a: vbaker@sioux-city.org