Certificado de Manipulación de Alimentos

Institución Emisora: Municipalidad Distrital de [Nombre del Distrito]

Dirección: [Dirección de la Municipalidad]

Teléfono de Contacto: [Número de Teléfono]

# Certificado de Manipulación de Alimentos

La Municipalidad Distrital de [Nombre del Distrito] certifica que:

Nombre del Titular: [Nombre Completo]

DNI: [Número de Documento de Identidad]

Cargo o Función: [Cargo en el Establecimiento]

Ha completado satisfactoriamente el curso de Buenas Prácticas de Manipulación de Alimentos (BPM), recibiendo capacitación en los siguientes temas:

- Higiene personal en la manipulación de alimentos.

- Control de temperaturas para la conservación de alimentos.

- Prevención de enfermedades transmitidas por alimentos.

- Protocolos de limpieza y desinfección en áreas de trabajo.

Fecha de Emisión: [Fecha de Emisión del Certificado]

Vigencia: 6 meses

Firma y Sello de la Institución Emisora:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre del Responsable

Cargo: [Cargo del Firmante]