

**For Office Use Only:**

Date Received: \_\_\_\_\_

Amount: \$ \_\_\_\_\_

Check #: \_\_\_\_\_

Approved: Yes \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

## CFPM Solicitud Duplicada CFPM Duplicate Application

**GERENTE CERTIFICADO DE PROTECCIÓN DE ALIMENTOS DE MINNESOTA (CFPM)  
CERTIFIED FOOD PROTECTION MANAGER (CFPM)**

### Spanish

Por favor completar en su idioma preferido.

### Información del aplicante

Nombre

\_\_\_\_\_  
Apellido                      Nombre                      Segundo nombre

Dirección

\_\_\_\_\_  
Calle    Apto. (si es aplicable)

\_\_\_\_\_  
Ciudad                      Estado                      Código postal                      Condado

Número de seguro social\*

\_\_\_\_\_  
\*Requerido bajo los Estatutos de Minnesota, sección 270C.72, subd. 4

Número de teléfono del solicitante

\_\_\_\_\_  
Correo electrónico del solicitante

### Método preferido de recibir notificaciones de renovación

- Dirección de envío  
 Correo electrónico del solicitante

### English

Please complete in your preferred language.

### Applicant information

Name

\_\_\_\_\_  
Last                                      First                                      Middle name

Mailing address

\_\_\_\_\_  
Street    Apt. (if applicable)

\_\_\_\_\_  
City                                      State                      ZIP                      County

Social security number\*

\_\_\_\_\_  
\*Required under Minnesota Statutes, section 270C.72, subdivision 4

Contact phone

\_\_\_\_\_  
Applicant email

### Preferred method to receive renewal notifications

- Mailing address  
 Applicant email

## Individuos que solicitan el certificado de CFPM duplicado

La presentación de información falsa es motivo para negar su aplicación o la suspensión, revocación o tomar otra acción disciplinaria contra su certificado. No proporcionar la información requerida puede retrasar la tramitación de su solicitud y puede ser motivo para negar su aplicación.

Para obtener información sobre los datos de licencias consulte los Estatutos de Minnesota, sección 13.41.

## Enviar solicitud

**Antes de enviar, no olvide incluir los siguientes**

1. Formulario de solicitud completo y firmado
2. Cheque o giro postal a nombre de MDH por \$20 - **NO SE ACEPTA DINERO EN EFECTIVO, TARJETAS DE CRÉDITO O DÉBITO.**

**Las solicitudes incompletas serán devueltas al solicitante.**

### Envíe a

Minnesota Department of Health  
 Certified Food Protection Manager  
 Food, Pools, and Lodging Services Section  
 PO Box 64495  
 St. Paul, MN 55164-0495

Certifico que la información proporcionada y enviada en esta solicitud es correcta y completa.

## Individuals applying for duplicate CFPM certificate

Submitting false information is grounds for denying your application or suspending, revoking or taking other disciplinary action against your certificate. Failure to provide required information may delay the processing of your application and may be grounds for denying your application.

For information on licensing data see Minnesota Statutes, section 13.41.

## Submit application

**Before mailing, be sure to include the following**

1. Completed and signed application form
2. Check or money order made payable to MDH for \$20 – **NO CASH, CREDIT OR DEBIT CARDS ACCEPTED**

**Incomplete applications will be returned to the applicant.**

### Mail to

Minnesota Department of Health  
 Certified Food Protection Manager  
 Food, Pools, and Lodging Services Section  
 PO Box 64495  
 St. Paul, MN 55164-0495

I certify that the information provided and submitted on this application is accurate and complete.

Firma (Signature) \_\_\_\_\_

Fecha (Date) \_\_\_\_\_

Minnesota Department of Health  
 Food, Pools, and Lodging Services Section  
 651-201-4500  
[Health.foodlodging@state.mn.us](mailto:Health.foodlodging@state.mn.us)  
[www.health.state.mn.us](http://www.health.state.mn.us)

Diciembre 2021

*Para obtener esta información en otro formato diferente, llame al: 651-201-4500.*

December 2021

*To obtain this information in a different format, call: 651-201-4500.*