



**PEJABAT MAJLIS DAERAH TAMPIN**  
**73000 TAMPIN NEGERI SEMBILAN DARUL KHUSUS**  
**TEL. : 06-4411601 / 4411609      FAKS : 06-4413001**  
**E-mel:mdt@mdtampin.gov.my**

**BORANG PERMOHONAN KEBENARAN MENJALANKAN AKTIVITI PENGHANTARAN  
 MAKANAN (*FOOD DELIVERY*)**

**1.0 BUTIRAN PEMOHON**

1.1	Nama Pemohon	
1.2	No. Kad Pengenalan	
1.3	Alamat rumah / syarikat	
1.4	Jenis Kenderaan	
1.5	No. Pendaftaran	
1.6	No. Telefon	
1.7	Alamat E-mel	

**2.0 SYARAT-SYARAT YANG PERLU DIPATUHI:**

- 2.1 Terbuka kepada warganegara Malaysia berumur 18 tahun dan keatas
- 2.2 Melampirkan sekeping gambar berukuran passport, sesalinan kad pengenalan, geran kenderaan dan lesen memandu
- 2.3 Tidak dibenarkan menjalankan aktiviti penghantaran makanan sekiranya mempunyai gejala seperti demam, batuk, sakit tekak, selsema dan sesak nafas
- 2.4 Memakai penutup mulut dan sarung tangan semasa penghantaran makanan
- 2.5 Waktu operasi adalah dari jam 8.00 pagi hingga 8.00 malam sahaja
- 2.6 Hanya seorang pemandu / penghantaran makanan dalam kenderaan yang digunakan semasa penghantaran (motosikal / kereta / van)
- 2.7 Jarak penghantaran makanan dihadkan tidak melebihi 10km dari premis beroperasi
- 2.8 Kelulusan ini berkuatkuasa mulai 23 April 2020 sehingga tamat Tempoh Perintah Kawalan Pergerakan (PKP)

Saya mengaku akan mematuhi segala syarat-syarat yang ditetapkan oleh Yang DiPertua Majlis Daerah Tampin dari semasa ke semasa

.....  
 (Tandatangan pemohon)

Tarikh : .....

**3.0 UNTUK KEGUNAAN PEJABAT**

**ULASAN PEN. PEG. KESIHATAN PERSEKITARAN**

DISOKONG / TIDAK DISOKONG.

.....  
.....  
.....

Tandatangan :

Tarikh : .....

**PERMOHONAN INI DILULUSKAN / TIDAK DILULUSKAN**

\_\_\_\_\_  
Tandatangan  
Yang DiPertua / Setiausaha Majlis

Tarikh : .....

Nota:

Sebarang pertanyaan sila hubungi :

1. Puan Nurul Hayati binti Zulkafli di talian 019-6671500  
E-mel : nurul@mdtampin.gov.my
2. Puan Siti Mariam binti Hasan di talian 011-10957285  
E-mel: mariam@mdtampin.gov.my

## SENARAI LOKASI / ALAMAT PENGAMBILAN MAKANAN

BIL.	SENARAI LOKASI / ALAMAT PENGAMBILAN MAKANAN	NO.TEL. PENGUSAHA MAKANAN

**PERAKUAN KESIHATAN (COVID-19)**

Nama : .....

No. Kad Pengenalan : .....

No. telefon : .....

<b>RISIKO DALAM MASA 14 HARI (TANDAKAN /)</b>	<b>YA</b>	<b>TIDAK</b>
Adakah anda baru pulang dari melawat luar negara dalam masa 14 hari? Jika YA, Nyatakan Negara dilawati :.....		
Adakah anda ada KONTAK RAPAT dengan individu DISAHKAN positif COVID-19?		

<b>SIMPTOM</b>		
Adakah anda mempunyai gejala seperti yang berikut:	<b>YA</b>	<b>TIDAK</b>
• DEMAM		
• BATUK		
• SAKIT TEKAK		
• SELSEMA		
• SESAK NAFAS		

Saya mengaku bahawa butiran yang dinyatakan diatas adalah benar dan akan mematuhi segala syarat-syarat yang ditetapkan oleh Yang DiPertua Majlis Daerah Tampin dari semasa ke semasa.

Tandatangan Pemohon,

.....  
 NAMA DAN COP:  
 TARIKH :