Bollo
valore corrente

AL DIRETTORE
SERVIZIO IGIENE ALIMENTI E NUTRIZIONE
ASL Oristano
Via Carducci, 35
ORISTANO

Oggetto: **richiesta certificazione sanitaria per l'esportazione di prodotti alimentari**

Il sottoscritto/a _____

nato/a a _____ il _____ in qualità di titolare dell'impresa alimentare (indicare la ragione sociale)_____

_____

partita IVA _____ C.F. _____

con sede legale nel Comune di _____

in Via/Piazza _____ n° _____

tel. _____ fax _____ e-mail _____

regolarmente registrata, presso l' ASL 5 di Oristano per l'attività di _____

_____ n° registro ASL _____ del _____

CHIEDE

il rilascio di n° _____ copie di certificazione sanitaria per l'esportazione di prodotti alimentari di propria produzione in paesi esteri.

A tal fine, dichiara che i prodotti alimentari saranno esportati in (indicare i paesi esteri destinatari): ____

_____

Indicare Ditte e Importatori esteri destinatari: _____

Eventuali specifiche che si richiede di inserire nella certificazione _____

_____

A tal fine allega documento con elenco dei prodotti alimentari oggetto di esportazione (l'elenco deve riportare il tipo di prodotto, la sua denominazione commerciale, identificazione del lotto, numero totale contenitori e/o scatole...), peso netto in Kg.

A tal fine, si impegna a versare i dovuti diritti sanitari presentando ricevuta del versamento al momento del ritiro del certificato presso il SIAN in via Carducci n. 35, IV piano Oristano.

Il versamento di importo pari a Euro 15,49 dovrà essere effettuato sul C.C n. 10495091 intestato a Azienda USL 5 Distretto di Oristano indicando nella causale del versamenti: Servizio Igiene Alimenti e Nutrizione (SIAN) - richiesta certificato per esportazione alimenti.
Allega inoltre marca da bollo (valore corrente) per il certificato.

Ai sensi dell'art. 10 Legge 675/96, autorizzo il trattamento dei dati personali esclusivamente ai fini del presente procedimento.

Data: _____ In fede (firma per esteso, leggibile) _____