

AL DIRETTORE DEL SERVIZIO IGIENE DEGLI
ALIMENTI E DELLA NUTRIZIONE
ASL ORISTANO
Via Carducci, 35
ORISTANO

Oggetto: **richiesta prenotazione per il controllo dei funghi freschi spontanei destinati alla vendita al dettaglio e/o alla somministrazione (Art. 3 D.P.R. 376/95).**

Il sottoscritto _____ nato a _____ il _____
residente in _____ Via _____ n° ____ Tel. _____
In qualità di _____ del / per conto del _____
Esercente l'attività di _____
in _____ via _____ n° _____
Chiede di sottoporre al controllo micologico una partita di funghi freschi spontanei.

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

Il Richiedente

(1)Trasmette _____

Riceve _____

Ore _____ del _____

Prenotato per il controllo il _____ alle ore _____

(1)Da compilare in caso di prenotazione telefonica