

**Bollo valore
corrente**AL DIRETTORE
SERVIZIO IGIENE
ALIMENTI E
NUTRIZIONE
ASL ORISTANO**Oggetto: richiesta certificato non commerciabilità di prodotti alimentari**

Il/la sottoscritto/a _____
 nat_ a _____ il _____
 residente in _____ via/corso/loc. _____
 n° _____ tel. _____
 nella sua qualità di _____
 della Ditta _____
 con sede in _____ via _____ n° _____
 Tel. _____

CHIEDE

a Codesto Servizio il rilascio del certificato di non commerciabilità delle seguenti sostanze alimentari (indicare la tipologia e le motivazioni)

 detenuti presso _____
 sito in _____ via/corso/loc. _____ n° _____ tel. _____

Allega alla presente:

- Elenco in duplice copia sostanze alimentari
 - 2 Marche da bollo da € 16,00 (una per richiesta e una per certificato)
- L'imposta di bollo può essere assolta anche in modo virtuale sommando il valore delle due marche da bollo al bonifico di pagamento dei diritti sanitari di cui sotto.*

Il richiedente 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, calcolato su base oraria ai sensi del D. Lgs. 32/2021, dovrà essere effettuato sul C.C riportato nella richiesta di pagamento inviata dal Servizio Igiene Alimenti e Nutrizione a seguito delle attività di ispezione, indicando nella causale: SIAN – certif. non commerciabilità alimenti.

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

Firma leggibile _____

Ogni comunicazione al seguente recapito:

Sig. _____ via _____ n° _____
 _____ Città _____ Tel. _____
 _____ Data: _____

In fede (firma per esteso, leggibile) _____