

AL DIRETTORE DEL SERVIZIO IGIENE DEGLI  
ALIMENTI E DELLA NUTRIZIONE  
ATS SARDEGNA – ASSL 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