

Bollo
valore corrente

AL DIRETTORE
SERVIZIO IGIENE ALIMENTI E NUTRIZIONE
ATS SARDEGNA – ASSL ORISTANO
Via Carducci, 35
ORISTANO

Oggetto: **richiesta certificato non commerciabilità di prodotti alimentari**

Il sottoscritto _____
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
- Marca da bollo (valore corrente) per il certificato
- Ricevuta versamento diritti sanitari di € 15,49 effettuato su C/C postale n° 10495091 intestato a
ATS Sardegna – ASSL Oristano – Distretto di Oristano – Causale: SIAN - certificato 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) _____