

OGGETTO: Richiesta di attestazione igienico sanitaria - alimenti non commestibili

AL DIRETTORE DEL SERVIZIO
IGIENE DEGLI ALIMENTI E DELLA NUTRIZIONE
VIA RIZZEDDU N° 21/B PIANO TERRA – PAL. “F”
07100 - S A S S A R I -

Il/La sottoscritto/a Cognome _____ Nome _____
Codice Fiscale _____ Data di nascita _____ / _____ / _____
Luogo di nascita: Stato _____ Provincia _____ Comune _____
Residenza: Provincia _____ Comune _____
Via / Piazza _____ n° _____ CAP _____ Tel. _____
In qualità di:
 Titolare dell'omonima impresa individuale
 Legale rappresentante della Società _____ P.I. _____
 Rappresentante pro tempore della Società _____ P.I. _____
 Altro _____
Con sede legale in: Provincia _____ Comune _____
Via / Piazza _____ n° _____ CAP _____ Tel. _____
Esercizio commerciale ubicato in Comune di _____ Prov. _____
Via / Piazza _____ n° _____ CAP _____ Tel. _____

CHIEDE

L'attestazione igienico sanitaria di non idoneità al consumo umano di derrate alimentari come da elenco allegato (**anche in formato elettronico**) per un totale di Kg./Q.li _____.

Motivazione della richiesta _____

La Ditta incaricata per le operazioni di trasporto e distruzione della merce risulta essere:
_____ con sede in Comune di _____
Via/ Piazza _____ n° _____ Tel. _____

Sassari _____

Firma _____

Allo scopo allega:

- ◆ Attestazione di versamento su bollettino postale n° 122093 intestato a: Banco di Sardegna Tesoriere ASL n° 1 Sassari. Causale: Rilascio attestazione igienico sanitaria di avvenuta distruzione di derrate alimentari. Importo da stabilire in base alle seguenti modalità:
 - sino al primo quintale di merce € 1549
 - per ogni successivo quintale o frazione € 8,68

