

Allegato 6

Spett. ATS della Montagna
Servizio Igiene Alimenti e Nutrizione
Via Stelvio, 35/A
23100 - Sondrio

Il/La sottoscritto/a

Nato/a ail.....

residente inVia/C.so.....N.....

in qualità di (es. titolare, leg.rappres., ecc.).....

dell'esercizio.....

sito in Via.....recapito telefonico N.

**RICHIEDE IL CERTIFICATO DI NON COMMESTIBILITÀ DI ALIMENTI AL FINE DI POTER
PROCEDERE ALLA LORO DISTRUZIONE**

Dichiara che:

- i generi alimentari sono quelli ricompresi nell'allegato elenco;
- il peso complessivo delle derrate è di Kg.
- il danno ai suddetti alimenti è stato provocato da.....
- la distruzione/smaltimento avverrà secondo le seguenti modalità

Allega alla presente richiesta:

1) Ricevuta del versamento dei diritti sanitari di € 87,00 da effettuarsi secondo una delle seguenti modalità:

- su c/c postale n. 13727343 intestato ad ATS della Montagna
oppure
- su c/c bancario della Banca Popolare di Sondrio - IBAN: IT57H056961100000002040X03
intestato ad ATS della Montagna

specificando sulla causale : Richiesta certificato NON commestibilità alimenti.

2) elenco della merce destinata alla distruzione dettagliato ed in triplice copia, delle quali una verrà trattenuta dalla Servizio Igiene Alimenti e Nutrizione.

La presente richiesta è formulata dal sottoscritto, ammonito delle sanzioni penali previste dall'art. 75 D.P.R. n. 445/2000, nel caso di mendaci dichiarazioni, falsità negli atti o uso o esibizione di atti falsi o contenenti dati non più rispondenti a verità sotto la sua personale responsabilità.

Dichiara, altresì, di essere informato, ai sensi e per gli effetti del Regolamento (UE) n. 679 del 27.04.2016 e dell'art.13 del D.Lgs 196/2003, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale viene presentata la presente dichiarazione, rilasciando il consenso al loro utilizzo nei limiti su riportati.

Data..... Firma.....