

Allegato 6

Spett. ATS della Montagna  
Dipartimento di Igiene e Prevenzione Sanitaria  
Servizio Igiene Alimenti e Nutrizione  
pec: [dips.sondrio@pec.ats-montagna.it](mailto:dips.sondrio@pec.ats-montagna.it)

Il/La sottoscritto/a .....  
Nato/a a .....il.....  
residente in .....Via/C.so.....N.....  
in qualità di (es. titolare, leg. rappres., ecc.).....  
dell'esercizio.....  
sito in ..... Via.....recapito telefonico N. ....

**RICHIESTE IL CERTIFICATO DI NON COMESTIBILITÀ 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 .....

Il sottoscritto è consapevole che il rilascio della certificazione di cui trattasi è soggetta a fatturazione da parte dell'ATS della Montagna alla tariffa prevista alla voce n. 18 del vigente tariffario Regionale del Dipartimento di Igiene e Prevenzione Sanitaria pubblicato sul sito dell'ATS della Montagna all'indirizzo <https://www.ats-montagna.it/tariffario-dipartimento-igiene-prevenzione-e-sanita/> <sup>1</sup>

Allega alla presente l'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.....

<sup>1</sup> Estratto del tariffario Regionale del Dipartimento di Igiene e Prevenzione Sanitaria

Voce 18	Tariffa calcolata su base oraria di cui all'art. 10, comma 2 del D. Lgs. 32/2021 – L'importo della tariffa oraria è riportato nell'allegato 3, sezione 1 del medesimo D. Lgs. 32/2021 La tariffa è soggetta alla maggiorazione dello 0,5% ai sensi dell'art. 8, comma 4 del D. Lgs. 32/2021	€ 80,00
------------	--	---------