**REGIONE ABRUZZO**

**Azienda Unità Sanitaria Locale – Teramo**

**DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE**

|  |
| --- |
| **Sevizio: Igiene degli Alimenti e della Nutrizione****C.da Casalena Teramo** |

Il sottoscritto………………………………………… nato a ……………………………………… il…………………… responsabile legale dell’impresa alimentare …………………………con stabilimento ……………………………sito in via…………………………………………………

Comune di………………………………………………………Tel ……………………………….

**CHIEDE**

La distruzione delle sostanze alimentari come da elenco allegato (Allegato 1) per le seguenti motivazioni: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

La ditta autorizzata, individuata per lo smaltimento è: …………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………

Il sottoscritto si impegna a concordare la data di smaltimento con la ASL di competenza.

**Documentazione da allegare:**

**Allegato 1:** Elenco sostanze da distruggere in doppia copia firmato timbrato e datato

**Allegato 2:** versamento sul **c/c n. 2585795** intestato ASL Teramo Sian Serv. Tes. c/o c.da Casalena, della tariffa pari € 60,00 + € 5,00 per quintale di merce da distruggere.

**Contatti ASL Teramo**

Servizio Igiene degli Alimenti e della Nutrizione Teramo C.da Casalena Tel. 0861/ 420578 - 420541­- 420591

Giulianova via Gramsci c/o Ospedale Tel. 085 8020927 - 8020928 - 8020995 – 8020996

 e- mail mariamaddalenamarconi@aslteramo.it