



INTERVENTO DI DISTRUZIONE ALIMENTI

Il/la sottoscritto/a..... nato/a a (.....)

il..... residente in via

Rappresentante Legale dell'impresa alimentare

con stabilimento sito nel Comune di via.....

cod. fiscale/P.IVA.....tel.....e-mail/pec

.....

CHIEDE

la **distruzione delle sostanze alimentari** come da elenco allegato 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 e ad effettuare il versamento dell'importo calcolato dal Servizio su base oraria - come da D.lgs. n.32 del 02.02.2021 - tramite **PagoPa** con causale: *intervento per distruzione alimenti*.

Allega:

- elenco sostanze da distruggere in doppia copia firmato timbrato e datato;
- fotocopia di un valido documento di riconoscimento.

Data _____

Firma _____

N.B. Per ulteriori approfondimenti si rimanda alla Carta dei Servizi reperibile sul sito ASL Teramo – Dipartimento di Prevenzione - Unità operativa Servizio Igiene degli Alimenti e Nutrizione.

Il sottoscritto dichiara di essere informato che i dati personali forniti saranno trattati ai sensi e per gli effetti dell'Art. 13 del Reg. UE 2016/679 e di aver preso visione dell'informativa Generale sul Trattamento dei dati personali pubblicata sul sito web della ASL di Teramo e disponibile presso il Servizio Igiene degli Alimenti e della Nutrizione.

Data _____

Firma _____