



CERTIFICAZIONE MICOLOGICA NEI CASI PREVISTI A PAGAMENTO

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

il residente in via

cod. fiscale tel. in qualità di Rappresentante Legale della

ditta sita nel Comune di in

via Tel. e-mail/pec

cod. fiscale/Partita IVA

CHIEDE

la **certificazione micologica** per la commestibilità di funghi spontanei freschi raccolti in
data..... in località

Quantitativo Kg: habitat.....

Allega:

- 1) attestazione di versamento di € 62,00 + € 1,00 a kg, come da D.G.R. n. 279 del 13.05.2021, effettuato tramite **PagoPa** con causale: *certificazione micologica*;
- 2) 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 _____