**­ Al Dipartimento di Prevenzione**

 **Az. U.S.L. Umbria 1**

 **Servizio I.A.O.A**

 **SEDE**

**­**

Oggetto: **Richiesta attestato per avvenuta distruzione di sostanze alimentari**

Il/la sottoscritto/a………………………………………………………………..……………………………………

nato/a il ……………………. a …………………………………………………………….Provincia …………..

residente nel Comune di ……………………………………………………………Provincia …………………

Via/Piazza ……………………………………………...….numero civico…………………… CAP…..………

In qualità di Titolare/Responsabile

dell’Azienda………………………………………………………………….......................................................

P.IVA ……………………….………………..sita in Via ……………………………………..………. Comune

di ………………………..……..……….Provincia di ……………. Telefono…………..……….……………….

E-mail ………………………………………………………………………………………………..….…………..

**CHIEDE**

**il rilascio dell’attestato per l’avvenuta distruzione di sostanze alimentari** così come elencate nell’allegata distinta.

Dichiara che le sostanze alimentari elencate nell’allegata distinta non risultano più commestibili in quanto………………………………………………………………………………………………………………….

Comunica che la merce verrà ritirata il giorno ……………………… alle ore…………………………dalla Ditta………………………………………… che provvederà alla distruzione mediante………………………

Luogo e Data …………………………………………………………….

Firma ………………………………………………………………………

*(Il/la richiedente)*

***ALLEGATI:***

*- elenco in duplice copia dei prodotti alimentari da sottoporre a distruzione con l’indicazione, per ogni tipologia di prodotto, del peso, del costo unitario e del costo totale;*

*- attestazione del versamento dei diritti sanitari, come da* ***TARIFFARIO REGIONALE .****Versamento da effettuare secondo le indicazioni di codesta USL.*