

Il/la sottoscritto/a.

Dipartimento di Prevenzione SERVIZIO**I**GIENE**A**LIMENTI E**N**UTRIZIONE

C.so Vittorio Veneto, 247 – 83035 Grottaminarda (AV) - Tel. 0825/429110 Pec: uoc.sian@pec.aslavellino.it

All'**A**zienda **S**anitaria **L**ocale **AV** Dipartimento di Prevenzione **S.I.A.N.**

Firma

Oggetto: RICHIESTA DI CERTIFICAZIONE SUL PRODOTTO PER L'ESPORTAZIONE (GENERICO).

A) PERSONA FISICA/LEGALE RAPPRESENTANTE (sottoscrittore) ___Luogo di nascita_____ CE^{\perp} Data nascita: Provincia Residente in Via: ____n. ___ C.A.P. C o m u n e : Provincia: _ Telefono: Cellulare: Nella sua qualità di **B)** AZIENDA Ragione sociale Fax:___ perl'impresa in Via: Titolare della Registrazione n.____ Provincia: C.A.P. Comune: CHIEDE il rilascio di certificazione per l'esportazione in___ ___dei prodotti di seguito descritti. NOME Con la sottoscrizione del presente modulo il/la sottoscritto/a autorizza, ai sensi del D.Lgs. n.196 del 30 giugno 2003 (Codice in materia di protezione dei dati personali) e succ. mod. e int., la struttura in indirizzo al trattamento dei propri dati al fine dell'erogazione della prestazione richiesta. ALLEGARE: -attestato del versamento di € 35 (in applicazione a quanto stabilito dal Dlgs 32/01); - documento di riconoscimento. Il versamento, come stabilito dalla Regione Campania, deve avvenire con la seguente modalità: tramite Pago PA da effettuarsi sul sito www.aslavellino.it - COME FARE PER-PAGO PA-PROCEDI PER PAGARE https://mypay.regione.campania.it-ALTRE TIPOLOGIE DI PAGAMENTO-ENTE ASL AVELLINO-SIAN- PROCEDI)., li

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.