



Dipartimento di Prevenzione
SERVIZIO IGIENE ALIMENTI E NUTRIZIONE

C.so Vittorio Veneto, 247- 83045 Grottaminarda (AV)- Tel. 0825/429110
Pec: uoc.sian@pec.aslavellino.it

All'Azienda Sanitaria Locale AV
Dipartimento di Prevenzione S.I.A.N.

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

Il/la sottoscritto/a,

A) PERSONA FISICA/LEGALE RAPPRESENTANTE(sottoscrittore)

Cognome: _____ Nome: _____
_____ Luogo di nascita _____

Provincia _____ Data nascita: _____ C.F.: _____

Residente in Via: _____ n. _____ C.A.P. _____

_____ C o m u n e : _____ Provincia: _____

Telefono: _____ Fax: _____ Cellulare: _____

Nella sua qualità di _____ (1) della ditta: _____

B) AZIENDA

Ragione sociale _____

con attività di: _____ e sede in via _____

n.: _____ C.A.P. _____ Comune: _____ Provincia: _____

Telefono: _____ Fax: _____

Titolare della Registrazione n. _____ del _____ per l'impresa in
Via: _____ n.: _____ C.A.P. _____ Comune: _____ Provincia: _____

CHIEDE

il rilascio di certificazione per l'esportazione in _____ dei prodotti di seguito descritti. NOME

COMMERCIALE: _____

Data di produzione _____

Data di scadenza _____

MODALITA' DI CONSERVAZIONE: _____

TIPO DI IMBALLAGGIO MARCHE COMMERCIALI FIGURANTI

SULL'IMBALLAGGIO _____

NUMERO DEI COLLI/PESO PER OGNI SINGOLA CERTIFICAZIONE RICHIESTA

ORIGINE DEI PRODOTTI

Peso netto (kg) _____; Peso lordo (kg) _____

Lotto: _____

Data di spedizione _____

I PRODOTTI SONO SPEDITI A (NOME INDIRIZZO DEL
DESTINATARIO): _____

Altro _____

A tale scopo, dichiara che i prodotti sopra descritti:

1. sono stati preparati, manipolati e spediti conformemente alle norme vigenti in Italia e in U.E.;
2. sono stati riconosciuti idonei al consumo umano;
3. non contengono additivi o residui non consentiti dalle norme italiane e comunitarie.

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.

....., li

Firma

La presente richiesta è soggetta al pagamento dei diritti sanitari su base oraria come disposto dall' art. 5 com. 5 e art. 10 com. 2 del D.lgs 32/21.

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.