Dipartimento di Prevenzione
SERVIZIO IGIENE ALIMENTI E NUTRIZIONE
Via Circumvallazione , 77 - 83100 Avellino (AV) - Tel. 0825- 292621-07- fax 0825.292606
I. M. S. Angelo dei Lombardi Tel. 0827-216815 Fax 0827-216806

All'**A**zienda **S**anitaria **L**ocale **AV**
Dipartimento di Prevenzione **S.I.A.N.**
Via Circumvallazione , 77
83100 Avellino (AV)

Oggetto: **CERTIFICATO DI NON COMMESTIBILITA' DI PRODOTTI ALIMENTARI PER LA DISTRUZIONE – INTERRUZIONE CATENA DEL FREDDO/ALTRO**

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. |__|__|__|__|__| Comune: _____ 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 il negozio/pubblico esercizio in Via: _____ n.: |__|__|__|

C.A.P. |__|__|__|__|__| Comune: _____ Provincia: |__|__|

Con la presente COMUNICA CHE IN SEGUITO A

☐ interruzione della catena del freddo dovuta a _____-

☐ Altro _____

di aver precauzionalmente tolto dal commercio alimenti precedentemente stoccati all'interno di strutture refrigeranti e/o_____A tal proposito allega alla presente comunicazione un dettagliato elenco, sottoscritto, degli alimenti ritirati dal commercio, con il peso di ogni alimento ed il peso totale degli stessi.

Contestualmente **RICHIEDE** il rilascio di un CERTIFICATO DI NON IDONEITA' AL CONSUMO UMANO, specificando sin d'ora che sarà cura della nostra azienda procedere all'invio a destinazione finale di detta merce con le modalità previste dalla normativa vigente.

Chiede inoltre che ogni comunicazione venga trasmessa al seguente indirizzo:

Cognome: _____ Nome:_____

Residente in Via: _____ n. |__|__|__|

C.A.P. |__|__|__|__|__| Comune: _____ Provincia: |__|__|

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.

_____, ___/___/_____

In fede

_____

La prestazione richiesta è soggetta al pagamento dei diritti sanitari, pari a euro 59,22 sul c/c n. 13430830 intestato all'Azienda Sanitaria Locale AV- Servizio Tesoreria Proventi Sanità Pubblica – Avellino.