

Spett. le Azienda Sanitaria Provinciale di Catanzaro

**Servizio Igiene Alimenti e Nutrizione  
ISPETTORATO MICOLOGICO**

...I... Sottoscritto/a .....nato/a a.....  
il ..... e residente a .....via ..... n. ....  
recapito telefonico ..... cellulare.....  
codice fiscale .....

**CHIEDE**

di poter partecipare al corso per la preparazione finalizzata al conseguimento dell'attestato di idoneità alla identificazione delle specie fungine commercializzate, come previsto dalla Legge Regionale 31 marzo 2009 n. 9 e formula altresì contestuale richiesta di essere ammesso al colloquio di verifica finale.

**ALLEGA:**

- 1. attestazione del versamento di € 30,00 sul ccp n°10569887, intestato ad Azienda Sanitaria Provinciale di Catanzaro – ambito territoriale di Lamezia Terme, causale: *rilascio attestato idoneità alla vendita di funghi.*
- 2. copia di un documento di identità in corso di validità.

....., li .....

**IL RICHIEDENTE**

\_\_\_\_\_