

AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE DI CATANZARO
SERVIZIO IGIENE ALIMENTI E NUTRIZIONE

ambito territoriale di Lamezia Terme
via Sottotenente Notaro, 2 (c/o vecchio Ospedale)
88046 LAMEZIA TERME

RICHIESTA CAMPIONAMENTO VINI
PER FIERE, MOSTRE ED ESPORTAZIONI

Il/la sottoscritto/a.....

nato/a a il.....

residente a via..... n°

in qualità di (titolare, legale rappresentante, ecc) della ditta

registrazione/autorizzazione n°.....

sita in via comune di

recapito telefonico.....

CHIEDE

di voler predisporre il prelievo di n°..... campioni di vino.....

per.....

Allega alla presente:

- attestazione di versamento di € 50,00 per ogni campione sul ccp n°10569887, intestato ad Azienda Sanitaria Provinciale di Catanzaro - ambito territoriale di Lamezia Terme - causale *prestazioni SIAN*;
- etichetta del vino da campionare

Firma

.....

Data.....

N.B. La presente richiesta è formulata dal sottoscritto, ammonito delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del 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 rispondenti a verità sotto la sua personale responsabilità.

I dati personali saranno trattati dall'ASP di Catanzaro nell'assoluto rispetto dei vincoli e delle finalità previste dal Codice in materia di protezione dei dati personali (D.lgs 30 giugno 2003, n. 196 e s.m.i).