

Allegato 1

Al Direttore ScIAN
ASL Sassari - S E D E -

Il/la sottoscritto/a:

cognome _____ nome _____
nato a _____ il _____ residente in _____
via _____ n. _____ tel. _____ email _____
in qualità di _____ della ditta _____
con sede in _____ via _____ n. _____

CHIEDE

di sostenere l'**esame** per ottenere l'attestato di idoneità alla commercializzazione dei funghi freschi epigei (ai sensi del D.P.R. 376/95) per le seguenti specie:

☐ 1) _____

☐ 2) _____

☐ 3) _____

☐ 4) _____

☐ 5) _____

☐ 6) _____

☐ 7) tutte le specie commercializzabili (allegato 1 D.P.R. 376/95 e s.m.i.).

N.B. I candidati dovranno presentarsi presso la sede d'esame muniti di valido documento di identità e con l'attestazione di avvenuto pagamento dei diritti sanitari per "attestato idoneità all'identificazione delle specie fungine commercializzate" di € 25.00 (Decreto Presidenziale R.A.S. n° 138 del 20 novembre 2024) effettuato tramite PagoPA.

Autorizzo il trattamento dei miei dati personali ai sensi del Decreto Legislativo 30 giugno 2003, n. 196 "Codice in materia di protezione dei dati personali" e del GDPR (Regolamento UE 2016/679).

(luogo e data) _____

Il richiedente _____
(firma per esteso e leggibile)