

All'ASL del VCO – Dipartimento di Prevenzione
Via Mazzini, 117 - 28887 Omegna (VB)
SIAN – SCD Igiene Alimenti e Nutrizione
PEC / Posta elettronica: protocollo@pec.aslvco.it

Oggetto: Commercializzazione dei funghi epigei spontanei (Art. 2 DPR 376/1995)

Io sottoscritto Operatore del Settore Alimentare (OSA)		
Cognome: Nome:		
Codice Fiscale	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Sesso <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Data di nascita	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Cittadinanza
Luogo di nascita: Comune Provincia (.....) Stato.....		
Residenza: Via/Piazza N°.....		
Comune Provincia (.....)		
in qualità di: <input type="checkbox"/> Titolare <input type="checkbox"/> Legale rappresentante <input type="checkbox"/> Altro		
della impresa Individuale <input type="checkbox"/> della Società <input type="checkbox"/> dell'Ente <input type="checkbox"/>		
denominata (denominazione registrata alla CC.II.AA)		
Partita I.V.A. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> con sede legale nel Comune di		
via/Piazza..... n°.....		

SEGNALO quanto segue:

La nuova attivazione di OSA non precedentemente registrato ai sensi dell'art. 6 del Reg. CE n. 852/04 relativa a:

- Attività di vendita di funghi secchi sfusi (*Boletus edulis* e relativo gruppo)
- Attività di vendita dei seguenti funghi freschi spontanei epigei
- Attività di preparazione e somministrazione di funghi freschi spontanei epigei raccolti in proprio

- | | | |
|---------|---------|---------|
| 1)..... | 4)..... | 7)..... |
| 2)..... | 5)..... | 8)..... |
| 3)..... | 6)..... | 9)..... |

L'aggiunta di vendita funghi epigei spontanei (OSA già registrato ai sensi dell'art.6 del Reg. CE) e precisamente:

- Attività di vendita di funghi secchi sfusi (*Boletus edulis* e relativo gruppo)
- Attività di vendita dei seguenti funghi freschi spontanei epigei
- Attività di preparazione e somministrazione dei funghi freschi spontanei epigei raccolti in proprio

- | | | |
|---------|---------|---------|
| 1)..... | 4)..... | 7)..... |
| 2)..... | 5)..... | 8)..... |
| 3)..... | 6)..... | 9)..... |

Il cambio dei soggetti abilitati alla vendita funghi freschi spontanei epigei (OSA già registrato ai sensi dell'art. 6 del Reg. CE e in possesso di autorizzazione comunale o SCIA per la commercializzazione dei funghi freschi spontanei epigei ai sensi dell'art. 2 DPR 376/1995)

Si allega/no l'/gli attestato/i di idoneità alla identificazione delle specie fungine (art. 2 DPR 376/1995) delle seguenti persone addette:

1) COGNOME.....NOME.....
nato/a a il.....
in qualità di:

Titolare/Legale rappresentante

Dipendente preposto alla vendita dei funghi

Attestato rilasciato dall'ASL in data

2) COGNOME.....NOME.....
nato/a a il.....
in qualità di:

Titolare/Legale rappresentante

Dipendente preposto alla vendita dei funghi

Attestato rilasciato dall'ASL in data

3) COGNOME.....NOME.....
nato/a a il.....
in qualità di:

Titolare/Legale rappresentante

Dipendente preposto alla vendita dei funghi

Attestato rilasciato dall'ASL in data

4) COGNOME.....NOME.....
nato/a a il.....
in qualità di:

Titolare/Legale rappresentante

Dipendente preposto alla vendita dei funghi

Attestato rilasciato dall'ASL in data

Sono consapevole che fornire false dichiarazioni è penalmente perseguibile ai sensi del DPR 445 del 28/12/2000.

Privacy: nel compilare questo modello si forniscono dati personali che saranno trattati dall'Amministrazione nel rispetto dei vincoli e delle finalità previste in materia di protezione dei dati personali (D.lgs. 196/2003 e s.m.i.). Il trattamento avverrà nell'ambito delle finalità istituzionali dell'Amministrazione e pertanto la vigente normativa non richiede una esplicita manifestazione di consenso. In ogni caso, l'interessato potrà esercitare i diritti riconosciuti dall'art. 7 del decreto e le altre facoltà concesse dalla vigente normativa

DATA

FIRMA (per esteso e leggibile).....