**ALLEGATO 5** – D.D. n. 534 del 06/08/2012

*Spettabile Azienda Sanitaria Locale VCO*

*Alla cortese attenzione del Direttore SIAN*

*Servizio Igiene Alimenti e Nutrizione*

*Via IV Novembre, 294 - 28887 Omegna (VB)*

*PEC:* [*protocollo@pec.aslvco.it*](mailto:protocollo@pec.aslvco.it)

##### DOMANDA DI ISCRIZIONE A CORSO/ESAME PER IDONEITA’ ALLA VENDITA DEI FUNGHI FRESCHI SPONTANEI E/O FUNGHI SECCHI SFUSI DEL GENERE BOLETUS

Il/la sottoscritto/a . . . . .. . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . Cod. fisc. . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

Nato/a a . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .. . . . il . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

residente a . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . Via . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .Tel . . . . . . . . . . .

**RICHIEDE L’ISCRIZIONE** *(barrare le voci che interessano)*

I\_I al corso di formazione per l’idoneità alla vendita di funghi freschi spontanei.

I\_I all’esame per il riconoscimento dell’idoneità alla vendita di funghi freschi spontanei

Richiede l’idoneità per la vendita delle seguenti specie fungine: *(barrare le voci che interessano)*

I\_I *Boletus* sez. *edules* I\_I *Albatrellus pes caprae*

I\_I *Leccinum* sp. I\_I *Grifola frondosa*

I\_I *Cantharellus* sp.I\_I *Amanita caesarea*

I\_I *Hydnum* repandum I\_I *Macrolepiota procera*

I\_I *Armillaria* mellea I\_I *Lactarius* sez. *dapetes*

I\_I (*altro: indicare*) . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

La vendita avverrà presso . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .. . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

Si allega l’attestazione del versamento della quota di iscrizione pari a Euro:

I\_I*IVA compresa* per iscrizione al corso I\_I *IVA esente* per iscrizione esame.

*Informativa Privacy* ai sensi degli artt.13 e 14 Regolamento UE n. 679/2016.

I dati personali conferiti con il presente modulo saranno trattati con modalità cartacee e telematiche nel rispetto della vigente normativa e dei principi di correttezza, liceità, trasparenza e riservatezza. Titolare del trattamento è ASL VCO nella persona del Direttore Generale.

Il Responsabile della protezione Dati è contattabile all’indirizzo: [dpo@aslvco.it](mailto:dpo@aslvco.it) .

Ulteriori informazioni, comprese le modalità di esercizio dei diritti, sono disponibili consultando l’informativa generale pubblicata sul sito [www.aslvco.it](http://www.aslvco.it/) – sezione “Dati personali” .

. . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . il, . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

Firma . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .