

All'Area Sociosanitaria Locale 5
S.C. Igiene degli Alimenti e della Nutrizione
Ispettorato Micologico
Via Fiume 137 – 19122 LA SPEZIA
ispettorato.micologico@asl5.liguria.it

Luogo _____

Data _____

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a a _____
Prov. ____ il ____/____/____, residente in _____ Comune di _____
Tel. _____ Codice Fiscale _____, titolare dell'attività di
seguito specificata _____
con sede in _____ Comune di _____
Partita IVA _____

Richiede da parte dei micologi di codesto Ispettorato il **controllo micologico di Funghi epigei freschi spontanei destinati:**

☐ Alla vendita

☐ Alla somministrazione

**Tale controllo è richiesto per il _____ presso Piazza Cavour La Spezia
mercato ortofrutticolo**

E inoltre chiede di poter effettuare il versamento della prestazione a tariffario alla voce 61 "controlli micologici" (DGR n. 1197/2013 e s.m.i.), anziché di volta in volta come previsto dalla legge, mensilmente, vista l'esiguità degli importi e la saltuarietà di tale tipologia di prestazione, sulla base di una distinta di pagamento che verrà da Voi inviata con il numero dei controlli mensili effettuati.

In fede

Firma _____