

All'Ispettorato Micologico dell'ASL n. 5 La Spezia
Struttura Complessa Igiene degli Alimenti e Nutrizione
Via Fiume 137 – 19122 - La Spezia
E-mail: 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 _____,

posta elettronica certificata _____

Richiede per i seguenti motivi _____

un duplicato dell'Attestato di Abilitazione al riconoscimento dei funghi epigei spontanei ai fini
della vendita /somministrazione, conseguito presso l'azienda sociosanitaria in indirizzo in
data _____

In fede,

Data _____

Firma _____

Allego copia di un documento di identità in corso di validità.