

OGGETTO: RICHIESTA CERTIFICAZIONE SANITARIA FUNGHI EPIGEI SPONTANEI

Il/La sottoscritto/a _____ in qualità di Titolare / Legale
Rappresentante dell'azienda _____
C.F./P.IVA _____ con sede operativa in Comune di _____ Via
_____ n. _____ tel _____, provvista di Autorizzazione /
Registrazione da parte dell'Autorità Sanitaria Competente n. _____ del ____ per l'attività di
_____ chiede il rilascio di n.
____ Certificazione/i Sanitaria/e per i funghi epigei spontanei di seguito specificati:

Genere e specie _____	nome volgare _____	Kg _____
Genere e specie _____	nome volgare _____	Kg _____
Genere e specie _____	nome volgare _____	Kg _____
Genere e specie _____	nome volgare _____	Kg _____
Genere e specie _____	nome volgare _____	Kg _____
Genere e specie _____	nome volgare _____	Kg _____

per il giorno _____

A tal fine allega la seguente documentazione:

- fotocopia documento personale in corso di validità;
- ricevuta del versamento dei diritti sanitari (Tariffa prevista pari a Euro 0,26 al Kg (funghi epigei freschi spontanei) e pari a Euro 1,55 (funghi epigei secchi spontanei) tramite bonifico bancario IT15K010051460000000218110 intestato a ASL RIETI causale "Dipartimento di Prevenzione SIAN certificazione commestibilità funghi" o in alternativa bollettino postale su conto 10416022 intestato ad ASL Rieti, via del Terminillo, 42 – 02100 Rieti (RI))

DATA _____

FIRMA _____

Trattamento dei dati personali

Ai sensi del Regolamento 2016/679/UE, il sottoscritto dichiara di essere consapevole che i suoi dati personali, acquisiti tramite il presente modulo, saranno trattati dalla ASL di Rieti, titolare del trattamento, con l'ausilio di mezzi elettronici e cartacei per la gestione e il riscontro alla propria istanza e per finalità statistiche e non saranno diffusi o comunicati a terzi. I dati saranno conservati sino al raggiungimento delle finalità sopra indicate. In qualsiasi momento, con una comunicazione trasmessa alla Asl Rieti – Via del Terminillo 42, 02100 Rieti anche per il tramite del Responsabile Protezione Dati raggiungibile all'indirizzo dpo@asl.rieti.it potrà esercitare i diritti di cui agli artt. 15 e ss. del Regolamento fra i quali quello di accedere ai dati, chiederne la rettifica o la cancellazione nei casi previsti per legge. Gli interessati che ritengono che il trattamento dei dati personali a loro riferiti effettuato in riferimento a quanto indicato nella presente informativa avvenga in violazione di quanto previsto dal Regolamento hanno il diritto di proporre reclamo al Garante per la protezione dati personali, come previsto dall'art. 77 del Regolamento stesso, o di adire le opportune sedi giudiziarie (art. 79 del Regolamento). **HO LETTO E COMPRESO L'INFORMATIVA CHE PRECEDE**

Data Firma