

Alla A.S.L. 3 "Genovese"  
S.C. Igiene degli Alimenti  
e della Nutrizione  
Palazzo della Salute Fiumara  
Via degli Operai 80  
16149 - Genova

Il sottoscritto \_\_\_\_\_

C. F. \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_

il \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_

Titolare dell'attività di \_\_\_\_\_

nei locali siti in \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

### CHIEDE

L'attestazione di non commestibilità delle merci di seguito descritte in quanto (motivazione):

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Allega ricevuta di versamento intestato a A.S.L. 3 "Genovese" S.C. Igiene degli Alimenti e della Nutrizione di €. \_\_\_\_\_

(1) indicando nella causale: "ANNO 20\_\_ – S.C. Igiene degli Alimenti e della Nutrizione – Attestato non idoneità al consumo"

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

### NOTE

(1) in ragione del 2% del valore monetario della partita oggetto della distruzione per un importo comunque non inferiore all'importo previsto dal tariffario regionale (DGR 1197/2013 e 1556/2013 – codice 14)

