

Spett.le S.C.
Igiene degli Alimenti e della Nutrizione (SIAN)
dell'ASL TO4

Oggetto: commercializzazione dei funghi epigei spontanei (Art. 2 DPR 376/1995)

Io sottoscritto Operatore del Settore Alimentare (OSA)

Cognome: Nome:

Codice Fiscale Sesso ☐M ☐F

Data di nascita Cittadinanza

Luogo di nascita: Comune Provincia (.....) Stato.....

Residenza: Via/Piazza N°

Comune Provincia (.....)

in qualità di: ☐ Titolare ☐ Legale rappresentante ☐ Altro

della impresa Individuale ☐ della Società ☐ dell'Ente ☐

denominata (denominazione registrata alla CC.II.AA)

Partita I.V.A. con sede legale nel Comune di

via/Piazza..... n°.....

SEGNALO quanto segue:

☐ La nuova attivazione di OSA non precedentemente registrato ai sensi dell'art. 6 del Reg. CE n. 852/04 relativa a:

- ☐ attività di vendita di funghi secchi sfusi (*Boletus edulis* e relativo gruppo)
- ☐ attività di vendita dei seguenti funghi freschi spontanei epigei
- ☐ attività di preparazione e somministrazione di funghi freschi spontanei epigei raccolti in proprio

1)..... 4)..... 7).....
2)..... 5)..... 8).....
3)..... 6)..... 9).....

☐ L'aggiunta di vendita funghi epigei spontanei (OSA già registrato ai sensi dell'art.6 del Reg. CE) e precisamente:

- ☐ attività di vendita di funghi secchi sfusi (*Boletus edulis* e relativo gruppo)
- ☐ attività di vendita dei seguenti funghi freschi spontanei epigei
- ☐ attività di preparazione e somministrazione dei funghi freschi spontanei epigei raccolti in proprio

1)..... 4)..... 7).....
2)..... 5)..... 8).....
3)..... 6)..... 9).....

☐ Il cambio dei soggetti abilitati alla vendita funghi freschi spontanei epigei (OSA già registrato ai sensi dell'art. 6 del Reg. CE e in possesso di autorizzazione comunale o SCIA per la commercializzazione dei funghi freschi spontanei epigei ai sensi dell'art. 2 DPR 376/1995)

Si allega/no l'/gli attestato/i di idoneità alla identificazione delle specie fungine (art. 2 DPR 376/1995) delle seguenti persone addette :

1) COGNOME.....NOME.....

nato/a a il.....

in qualità di:

☐ **Titolare/Legale rappresentante**

☐ **Dipendente preposto alla vendita dei funghi**

Attestato rilasciato dall'ASL in data

2) COGNOME.....NOME.....

nato/a a il.....

in qualità di:

☐ **Titolare/Legale rappresentante**

☐ **Dipendente preposto alla vendita dei funghi**

Attestato rilasciato dall'ASL in data

3) COGNOME.....NOME.....

nato/a a il.....

in qualità di:

☐ **Titolare/Legale rappresentante**

☐ **Dipendente preposto alla vendita dei funghi**

Attestato rilasciato dall'ASL in data

4) COGNOME.....NOME.....

nato/a a il.....

in qualità di:

☐ **Titolare/Legale rappresentante**

☐ **Dipendente preposto alla vendita dei funghi**

Attestato rilasciato dall'ASL in data

Sono consapevole che fornire false dichiarazioni è penalmente perseguibile ai sensi del DPR 445 del 28/12/2000.

DATA

FIRMA (per esteso e leggibile).....

Il Titolare del trattamento è l'ASL TO4 con sede in via Po, 11 - 10034 Chivasso (TO) - Tel. 011/9176666 - e-mail: privacy@aslto4.piemonte.it.

Il Titolare ha nominato un Responsabile della Protezione dei Dati (R.P.D.) o "Data Protection Officer" (DPO) contattabile inviando una e-mail all'indirizzo di posta elettronica rpd@aslto4.piemonte.it.

L'informativa estesa sul trattamento e sulla tutela dei suoi dati personali ai sensi del R.G.P.D. 2016/679 e del D.Lgs n.196/2003 e s.i.m. può essere visionata sul sito internet ASLTO4 all'indirizzo: https://www.aslto4.piemonte.it/file/1786.210315_1.0.pdf, visionabile anche inquadrando il QR Code.

