ALL'AZIENDA SANITARIA LOCALE BN1
SERVIZIO IGIENE DEGLI ALIMENTI E NUTRIZIONE
ISPETTORATO MICOLOGICO
Via P. Mascellaro, n. 1 - 82100 Benevento (BN)

Il sottoscritto _____

nato a _____ il _____

residente in _____ Via _____

Codice fiscale _____ Telefono _____

A norma di quanto disposto dall'art. 2 del D.P.R. 14 Luglio 1995, n. 376 e dall'art. 13 della Legge Regionale 24 Luglio 2007 n. 8.

CHIEDE

☐ il rilascio dell'ATTESTATO DI IDONEITA' ALL'IDENTIFICAZIONE per vendita al minuto e allo stato sfuso

☐ delle seguenti specie di funghi spontanei freschi:

1) _____ 6) _____
2) _____ 7) _____
3) _____ 8) _____
4) _____ 9) _____
5) _____ 10) _____

☐ dei funghi secchi appartenenti alla specie Boletus Edulis e relativo gruppo (Porcini)

☐ DI ESSERE CONVOCATO PER IL COLLOQUIO ORALE

☐ DI PARTECIPARE AL CORSO PROPEDEUTICO CHE L'ASL INTENDE ORGANIZZARE

Barrare le caselle corrispondenti alle voci che interessano

Data _____ Firma _____

Informativa sulla privacy

T.U. 30/06/2003, n. 196 (Codice della Privacy)

Ai sensi della richiamata normativa, desideriamo informarLa che il trattamento dei suoi dati personali da parte di questa Azienda Sanitaria Locale Benevento 1 - titolare del trattamento - con sede in Via Oderisio, 1 - Benevento, avviene (sia con mezzi cartacei che automatizzati) esclusivamente per l'espletamento delle procedure relative al corso per il rilascio dell'Attestato di Idoneità all'Identificazione dei funghi, nel rispetto delle norme di cui alla citata legge sulla privacy.

Autorizzazione al trattamento dei dati personali

Il sottoscritto autorizza il trattamento dei dati sopra riportati

Firma

_____ lì _____ _____