

**AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE DI CATANZARO**  
**SERVIZIO IGIENE ALIMENTI E NUTRIZIONE**  
ambito territoriale di Lamezia Terme  
via Sottotenente Notaro 2, (c/o vecchio Ospedale)  
88046 LAMEZIA TERME (CZ)

<b>RICHIESTA CERTIFICATO DI NON COMMESTIBILITA ' DI PRODOTTI ALIMENTARI</b>
---

Il/la sottoscritto/a.....  
nato/a a.....il .....  
residente a .....via.....n°.....  
in qualità di (titolare, legale rappresentante, ecc) .....  
della ditta .....  
sita in via..... comune di .....  
recapito telefonico.....

**CHIEDE**

il rilascio del certificato di non commestibilità di alimenti al fine di poter procedere alla loro distruzione.

A tal proposito dichiara che:

i generi alimentari sono quelli compresi nell'allegato elenco;

- detti prodotti sono giacenti presso i locali siti in.....
- il peso complessivo delle derrate è di kg .....
- il danno ai suddetti alimenti è stato provocato da.....

Allega alla presente:

- 1) attestazione di versamento di € 50,00 sul ccp n°10569887, intestato ad Azienda Sanitaria Provinciale di Catanzaro - ambito territoriale di Lamezia Terme – causale: *prestazioni SIAN*;
- 2) elenco merce destinata alla distruzione dettagliato, in triplice copia e con l'indicazione della data di scadenza dei singoli prodotti elencati.

Firma.....

Data.....

*N.B. La presente richiesta è formulata dal sottoscritto, ammonito delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. n. 445/2000, nel caso di mendaci dichiarazioni, falsità negli atti o uso o esibizione di atti falsi o contenenti dati non rispondenti a verità sotto la sua personale responsabilità*