

**Dipartimento di Prevenzione
UOSD Igiene degli Alimenti e della Nutrizione**

Prot. del

Al Direttore Generale Azienda USL RM3
Via Casal Bernocchi, 73
00125 Roma
SEDE

Il sottoscritto.....

nato a.....(.....)il..... residente in.....

.....(.....)Via/Piazza/L.go.....CAP.....n°.....

titolare / legale rappresentante dell'**impresa** di rivendita di prodotti alimentari / parafarmacia (iscritta nel registro delle imprese e con D.I.A. presentata ilal SUAP del Comune diai sensi della DGR Lazio 3/2011)

denominata.....

.....

sita in.....(.....)Via/Piazza/L.go.....CAP.....n°.....

Telefono.....FAX.....mail.....

ai sensi della nota Regione Lazio prot. 52544 del 5/4/2009, relativa alle disposizioni della DGR Lazio n.16 del 16/01/09

"Prodotti senza glutine ai soggetti celiaci. Ampliamento delle modalità di erogazione" e della DGR Lazio n.267 del

24/4/09 "Integrazioni e modifiche alla DGR n. 16, in possesso dei requisiti richiesti,

presenta istanza

per l'erogazione dei prodotti senza glutine, iscritti nel registro nazionale di cui all'Art.7 del D.M. 08/06/2001, nonché dei prodotti senza glutine per i quali è stata formalizzata la chiusura della procedura di notifica da parte del Ministero competente, a carico del SSR

Data.....

FIRMA

All. 1