

Al Servizio Igiene degli alimenti di origine animale
ASL ROMA 3
sicurezza.alimentare@pec.aslroma3.it

l sottoscritt_ _____ nat_ a _____ il _____
residente in _____ via _____ in qualità di _____
_____ della Ditta _____ con sede in _____
via _____ P.Iva: _____, chiede il
rilascio del certificato di esportazione verso _____ dei seguenti prodotti di o.a.:

- Nome commerciale _____
- Nome scientifico _____
- Modo di presentazione _____
- Modo di conservazione _____
- Natura dell'imballaggio _____
- Peso netto _____ numero colli _____
- Lotto n° _____
- data confezionamento _____ data scadenza _____
- paese di origine _____
- Speditore Ditta _____ n. riconoscimento CE _____
stabilimento sito in _____ via _____
- Nome e indirizzo del destinatario _____
- Data di spedizione _____ luogo di partenza _____ luogo arrivo _____
- Mezzo utilizzato _____
- Identificativo del mezzo (targa, n. volo, n. container, n. sigillo, ecc.) _____

Il sottoscritto dichiara di essere consapevole delle sanzioni penali cui può andare incontro in caso di falsità in atti e dichiarazioni mendaci, come previsto dall'art. 76 del DPR 445/2000 e successive modificazioni.

Data _____

Timbro e firma

Informativa privacy

Ai sensi della normativa vigente, si informa che i dati personali forniti con la presente dichiarazione ed acquisiti nel corso del procedimento per il quale viene presentata la documentazione, saranno trattati dalla ASL Roma 3 quale titolare ai fini dello svolgimento del medesimo procedimento e dei controlli istituzionali. Tali dati potranno essere utilizzati con idonee modalità e procedure anche informatizzate dal personale a ciò incaricato e, ove necessario, comunicati alle competenti autorità e soggetti pubblici per le finalità previste dalla normativa vigente, nonché ai soggetti legittimati all'esercizio del diritto di accesso ai documenti amministrativi. Il conferimento dei dati è obbligatorio ai fini dello svolgimento del medesimo procedimento e l'eventuale rifiuto di fornire tali dati comporta la mancata esecuzione del procedimento di cui Lei fa richiesta. La persona interessata potrà richiedere l'accesso ai dati personali, la rettifica degli stessi, e, ove previsto, la limitazione o di opporsi al trattamento; ha altresì il diritto di proporre reclamo all'autorità di controllo.

I contatti del titolare del trattamento dei Suoi dati (la ASL Roma 3), del Referente Privacy (il Direttore del Servizio SIAOA della ASL Roma 3) e del Responsabile della Protezione dei Dati della ASL Roma 3 sono reperibili sul sito www.aslroma3.it

Data _____

Firma _____