

 <p>A.S.L. TO3 Azienda Sanitaria Locale di Collegno e Pinerolo</p> <p>S.C. S.I.A.N. Area Funzionale Igiene Alimenti</p>	<p>SIAN-M 09</p> <p><b>Richiesta di iscrizione ai corsi/esami per il conseguimento dell'idoneità alla vendita dei funghi epigei freschi spontanei</b></p>	<p>Data di emissione:15/01/13 rev. 1</p> <p>Approvato ed emesso in originale</p>
--	---	--

Spett.le A.S.L. TO 3  
**S.C. Igiene degli Alimenti e della Nutrizione**

Il/la sottoscritto/a .....

Cod. fisc. ....

Nato/a a ..... il .....

residente a .....

via/corso ..... n. ....

tel ..... e-mail .....

**RICHIESTE L'ISCRIZIONE** (barrare le voci che interessano)

- al corso di formazione + esame finale per l'idoneità alla vendita di funghi freschi spontanei.
- al solo esame per il riconoscimento dell'idoneità alla vendita di funghi freschi spontanei.

Richiede l'idoneità per la vendita delle seguenti specie fungine (barrare le voci che interessano)

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Boletus sez. edules (porcini)  | <input type="checkbox"/> Albatrellus pes caprae (lingua di brughiera) |
| <input type="checkbox"/> Leccinum sp. (crave)           | <input type="checkbox"/> Grifola frondosa (mutun)                     |
| <input type="checkbox"/> Cantharellus sp. (garitole)    | <input type="checkbox"/> Amanita caesarea (ovulo buono, reale)        |
| <input type="checkbox"/> Hydnum repandum. (ciùin)       | <input type="checkbox"/> Macrolepiota procera (mazza di tamburo)      |
| <input type="checkbox"/> Armillaria mellea (famigliole) | <input type="checkbox"/> Lactarius sez. dapetes (lattari)             |
| <input type="checkbox"/> (altro:indicare) .....         |   |

La vendita dei funghi avverrà presso .....

**Si impegna a versare** la quota di iscrizione pari a Euro:

- 84 (IVA compresa)** per iscrizione al corso + **26 (IVA esenti)** per iscrizione esame, per un **totale di 110 euro**
- 26 (IVA esenti)** per iscrizione solo esame

La quota deve essere versata dopo che sia stata comunicata l'accettazione della domanda di iscrizione, mediante versamento su bollettino postale, sul c/c n. **36922102** intestato a:

Azienda Sanitaria Locale TO3, Servizio Igiene Alimenti e Nutrizione, Servizio Tesoreria  
Via Martiri XXX Aprile n. 30, 10093 Collegno.

Indicare sulla causale: se si versa 110 € per corso+esame: Funghi € 70 +IVA 20% per corso + € 26 per esame ;  
oppure, se si versa 26 € solo per esame: Funghi € 26 per esame.

La presente richiesta, è formulata dal sottoscritto, ammonito delle sanzioni penali previste dall'art. 75 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 più rispondenti a verità sotto la sua personale responsabilità.

Il sottoscritto autorizza, ai sensi della Legge 675/96, le strutture in indirizzo al trattamento dei propri dati al fine dell'erogazione della prestazione richiesta e della trasmissione degli stessi come previsto dal D.Lgs n° 290/2001; prende inoltre atto del diritto di accedere ai propri dati ed ottenere le informazioni e quant'altro previsto dall'art. 13 della Legge 675/96.

Data.....

Firma.....

N.B. Ai sensi dell'art. 10 L. 675 /96 il Servizio Igiene Alimenti e Nutrizione si impegna a non diffondere i dati personali a soggetti indeterminati ed a utilizzarli esclusivamente per dare corso alla richiesta dell'interessato o per ottemperare a specifici obblighi di Legge.