

AL DIRETTORE DEL SERVIZIO IGIENE DEGLI ALIMENTI E DELLA NUTRIZIONE
ASL ORISTANO Via Carducci, 35 ORISTANO

Oggetto: **segnalazione inconvenienti igienici prodotti alimentari**

*II/La sottoscritto/a _____ *residente in _____

*Via/Loc. _____ *n° _____ tel. _____

*MAIL/PEC: _____

(N.B. * campi obbligatori: ogni comunicazione ufficiale di riscontro sarà inviata esclusivamente al recapito mail o pec sopra indicato)

**consapevole delle sanzioni penali previste nel caso di
dichiarazioni non veritiere dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000**

SEGNALA

che nel seguente prodotto alimentare: (denominazione – tipo confezione, ecc.):

acquistato in data _____ presso l'esercizio: _____

ubicato nel Comune di _____ Via/Loc. _____ n° _____

ha riscontrato i seguenti inconvenienti igienico sanitari/anomalie : _____

consegna il seguente prodotto alimentare (denominazione, lotto, scadenza ecc.):

Ai sensi dell'art. 10 Legge 675/96, autorizzo il trattamento dei dati personali esclusivamente ai fini del presente procedimento.

Firma leggibile _____

_____ li _____

Spazio riservato all'operatore SIAN che riceve la segnalazione

data e firma