



Dipartimento di Prevenzione

Servizio Igiene Alimenti, Sorveglianza a Prevenzione Nutrizionale

Al Responsabile del SIAN
dell'ASP Catania
via Tevere n° 39 – San Gregorio di CT

Il sottoscritto _____ nato a _____

Il _____, residente in _____

Piazza/via _____ n _____

C.F. _____

CHIEDE

Alla S.V. di essere ammesso agli esami per il riconoscimento e l'abilitazione alla vendita delle sotto elencate specie fungine spontanee commestibili: (indicare o il nome dialettale o il nome scientifico)

1 _____

2 _____

3 _____

4 _____

5 _____

6 _____

7 _____

8 _____

9 _____

10 _____

Alla presente allego ricevuta di versamento di Euro 25,00 su C/C n° 49436850 intestato ad Azienda ASP CT via S.M. La Grande n° 5 Catania. – Causale Diritti Sanitari Ispettorato Micologico SIAN.

Le comunicazioni riguardanti la successiva convocazione della data di esami andrà inviata al seguente indirizzo _____ TEL _____

Data il _____