

**AI DIRETTORE
SERVIZIO VETERINARIO AREA B
ASL ROMA 6 – Albano Laziale (RM)**

Oggetto: distruzione alimenti di origine animale.

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a a _____ il _____,
residente in _____ Via/Piazza _____,
Recapito telefonico: _____, in qualità di _____
della ditta _____ con
sede produttiva sita in Via/Piazza _____ nel Comune di _____
richiede la presenza di vostro personale per assistere al carico degli alimenti di origine animale di cui
all'elenco allegato, destinati allo smaltimento / distruzione a causa di _____

Restiamo in attesa di un Vostro cortese riscontro, allegando alla presente:

Allegati:

- Elenco prodotti da smaltire/distuggere;
- Ricevuta del versamento di € (*) _____
intestato a: ASL Roma 6 - Borgo Garibaldi 12 00041 Albano Laziale RM - Servizi Veterinari
n. C/C postale: 20599015 Causale: Cod. Prest. 15B2.

I dati ivi contenuti verranno trattati nel rispetto del Codice Privacy.

Data, _____

Firma

(*) *Vedere Tariffario anno in corso*

