

FAC SIMILE (in carta libera)

**Dipartimento di Prevenzione Collettiva della Salute Umana**  
**Servizio di Igiene degli Alimenti e della Nutrizione**  
Azienda Sanitaria Locale di Matera  
Via Montescaglioso

MATERA

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_  
il \_\_\_\_\_, residente in \_\_\_\_\_  
via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_; tel \_\_\_\_\_  
cell. \_\_\_\_\_, in qualità di R.L. della Ditta \_\_\_\_\_  
sita in \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

CHIEDE

il rilascio del competente certificato ai fini dell'esportazione in \_\_\_\_\_ dei  
seguenti prodotti alimentari (indicare le quantità, il lotto e la data di scadenza) secondo quanto  
previsto dal Reg. U.E. 625/2017.

Si allega ricevuta di versamento dei diritti sanitari di € 30,00 intestato a ASM DI MATERA –  
SIAN via Montescaglioso 75100 Matera sul C.C. n. 95747671.

\_\_\_\_\_, li, \_\_\_\_\_

FIRMA

\_\_\_\_\_