

## DOMANDA ISCRIZIONE CORSO/ESAME PER IDONEITA' ALLA VENDITA DEI FUNGHI FRESCHI SPONTANEI

Spett.le ASL CN1  
Servizio igiene degli Alimenti e della Nutrizione  
S.I.A.N.  
Sede di \_\_\_\_\_

### Il/La sottoscritto/a

(nome) \_\_\_\_\_ (cognome) \_\_\_\_\_  
nato/a il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ stato di nascita \_\_\_\_\_  
nazionalità \_\_\_\_\_ C.F./P.IVA \_\_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
telefono (fisso o mobile) \_\_\_\_\_ e-mail (facoltativa) \_\_\_\_\_

## CHIEDE

l'iscrizione (*barrare le voci che interessano*)

- al corso di formazione per l'idoneità alla vendita di funghi freschi spontanei  
 all'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             | <input type="checkbox"/> Albatrellus pes caprae |
| <input type="checkbox"/> Leccinum sp.                    | <input type="checkbox"/> Grifola frondosa       |
| <input type="checkbox"/> Cantharellus sp.                | <input type="checkbox"/> Amanita caesarea       |
| <input type="checkbox"/> Hydnum repandum                 | <input type="checkbox"/> Macrolepiota procera   |
| <input type="checkbox"/> Armillaria mellea               | <input type="checkbox"/> Lactarius sez. dapetes |
| <input type="checkbox"/> Altro ( <i>indicare</i> ) _____ |   |

La vendita avverrà presso \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Si allega l'attestazione del versamento al seguente IBAN: **IT61F0306910213100000300023** - Banca Intesa Sanpaolo, intestato all'Azienda Sanitaria Locale Cn1

Causale: Corso Funghi Anno \_\_\_\_\_ della quota di iscrizione pari ad Euro:

**85.40 €IVA (22%) compresa per iscrizione al corso**

**26.00 €IVA esente per iscrizione esame**

**INFORMATIVA AI SENSI dell'art. 13 del Reg. UE 2016/679:**

"Dichiara in ultimo di essere informato/a che i suoi dati personali saranno trattati, in conformità al Reg. UE 2016/679 dall'ASL CN1 titolare del trattamento, esclusivamente ai fini del presente procedimento.

I dati personali sono trattati per il tempo strettamente necessario a conseguire gli scopi per cui sono stati raccolti. Specifiche misure di sicurezza sono osservate per prevenire la perdita dei dati, usi illeciti o non corretti ed accessi non autorizzati. Gli interessati hanno il diritto di ottenere dall'ASL CN1, nei casi previsti, l'accesso ai dati personali e la rettifica o la cancellazione degli stessi o la limitazione del trattamento che li riguarda o di opporsi al trattamento (artt. 15 e ss. del Regolamento).

L'apposita istanza all'ASL CN1 è presentata contattando l'U.R.P. - Via Carlo Boggio n. 12 - 12100 CUNEO, indirizzo email: [urp@aslcn1.it](mailto:urp@aslcn1.it)

Gli interessati che ritengono che il trattamento dei dati personali a loro riferiti avvenga in violazione di quanto previsto dal Regolamento, hanno il diritto di proporre reclamo al Garante, come previsto dall'art. 77 del Regolamento stesso, o di adire le opportune sedi giudiziarie (art. 79 del Regolamento).

Distinti saluti.

data \_\_\_\_\_ firma (per esteso) \_\_\_\_\_

## **INFORMAZIONI**

### **A COSA SERVE IL MODULO**

*Il modulo serve per richiedere l'iscrizione al corso/esame per idoneità alla vendita dei funghi freschi spontanei.*

### **CHI DEVE COMPILARE IL MODULO**

*I venditori di funghi freschi spontanei*

### **MODALITÀ DI CONSEGNA DEL MODULO ALL'ASL**

*Il modulo può essere:*

- a) *firmato e spedito per posta (ASL CN 1 Via Carlo Boggio 12100 Cuneo) con allegata fotocopia del documento di identità del richiedente;*
- b) *inviato via mail all'indirizzo P.E.C.: [protocollo@aslcn1.legalmailPA.it](mailto:protocollo@aslcn1.legalmailPA.it) oppure [dip.prevenzione.aslcn1@legalmailPA.it](mailto:dip.prevenzione.aslcn1@legalmailPA.it) con allegata fotocopia del documento di identità del richiedente;*

### **MODALITÀ E TERMINI DI RISPOSTA**

*Legata alla programmazione dei corsi/esami.*

### **RIFERIMENTI**

S.C. Servizio Igiene degli Alimenti e della Nutrizione - SIAN

FOSSANO Tel. 0172 699245

sede territoriale di CUNEO Tel 0171 450691

sede territoriale di MONDOVI' Tel 0174 676146

sede territoriale di SALUZZO Tel 0175 479763

sede territoriale di SAVIGLIANO Tel 0172 240680

E-mail: [sian@aslcn1.it](mailto:sian@aslcn1.it)