

**RICHIESTA CERTIFICATO SANITARIO PER LA LIBERA VENDITA (entro U.E.) O PER  
L'ESPORTAZIONE (extra U.E.)**

DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE ASL FROSINONE  
UOC SIAN  
[sian.b@aslfrosinone.it](mailto:sian.b@aslfrosinone.it)

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ in qualità di

Titolare/Legale rappresentante dell'Azienda \_\_\_\_\_

C.F./P.IVA \_\_\_\_\_ Telefono: \_\_\_\_\_

PEC: \_\_\_\_\_ email: \_\_\_\_\_

Indirizzo sede legale: \_\_\_\_\_

Indirizzo sede operativa: \_\_\_\_\_

provvista di Autorizzazione/Registrazione da parte dell'Autorità Sanitaria Competente n. \_\_\_\_\_

del \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

Il rilascio di n. \_\_\_\_\_ Certificato/i Sanitario per:

- Libera vendita (solo entro l'U.E.) di prodotti alimentari;
- Esportazione di prodotti alimentari;

dei seguenti alimenti: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

prodotti nello stabilimento di: \_\_\_\_\_

per la seguente destinazione: \_\_\_\_\_

CARTA INTESTATA AZIENDA RICHIEDENTE

A tal fine, allega la seguente documentazione e le informazioni, da trascrivere sul certificato sanitario, relative alla spedizione:

Quantità, peso netto e peso lordo, descrizione, lotti e scadenze delle partite dei singoli prodotti alimentari;

Dichiara inoltre:

di non avere procedimenti penali in corso e di non aver riportato condanne penali per reati alimentari passati in giudicato;

di essere consapevole che il rilascio dei certificati da parte dell'Azienda sanitaria locale, su richiesta dell'operatore e finalizzati all'attività di esportazione, sono soggetti all'applicazione della tariffa su base oraria ai sensi del D. Lgs. n. 32/2021, articolo 5, comma 5.

Il/La sottoscritto/a, consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art. 76 del DPR n. 445 del 28.12.2000, in caso di dichiarazioni mendaci e della decadenza dei benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base di dichiarazioni non veritiere, di cui all'art. 75 del DPR 445 del 28.12.2000, ai sensi e per gli effetti dell'art. 47 del DPR 445 del 28.12.2000 sotto la propria responsabilità, dichiara che quanto sopra riportato corrisponde a verità.

DATA \_\_\_\_\_

**FIRMA**

\_\_\_\_\_

Il sottoscritto dichiara di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 del D.Lgs 196/03, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale viene inoltrata la presente istanza. Il sottoscritto autorizza al trattamento dei propri dati personali ai fini degli adempimenti necessari per l'erogazione della prestazione richiesta. Prende atto del diritto di accedere ai propri dati ed ottenere le informazioni e quant'altro previsto dell'art. 13 D.Lgs 196/03.

DATA \_\_\_\_\_

FIRMA \_\_\_\_\_