

Allegato 2

A: UOC Servizio Igiene Alimenti e Nutrizione  
ASL Frosinone

Via Armando Fabi snc - 03100 Frosinone (FR)  
PEC [prevenzione@pec.aslfrosinone.it](mailto:prevenzione@pec.aslfrosinone.it)

Oggetto: attivazione della procedura di controversia per la non conformità rilevata dalla ASL di Frosinone, UOC Servizio Igiene Alimenti e Nutrizione e comunicata con nota prot. ... del ..... per presenza di (*analita*) \_\_\_\_\_ in (*denominazione matrice*) \_\_\_\_\_

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_, nato/a \_\_\_\_\_ () il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
Codice Fiscale \_\_\_\_\_, in qualità di rappresentante legale della  
ditta \_\_\_\_\_, Partita IVA \_\_\_\_\_, con  
sede legale in Via \_\_\_\_\_, n° \_\_\_\_\_, Comune \_\_\_\_\_ ()  
CAP \_\_\_\_\_ e sede operativa in Via \_\_\_\_\_, n° \_\_\_\_\_, Comune  
\_\_\_\_\_ () CAP \_\_\_\_\_ in qualità di<sup>1</sup> \_\_\_\_\_ della  
merce campionata con Verbale di prelevamento n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_, a seguito della  
comunicazione di esito sfavorevole prot. \_\_\_\_\_ del \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_, al termine della controperizia di  
cui all'art.7, comma 5 del D.Lgs. 27/2021, condotta dall'esperto qualificato (*Nome e Cognome*),  
(*Albo e n° di iscrizione*) \_\_\_\_\_, non condividendo le  
valutazioni di Codesta Autorità Competente, chiede di avviare la procedura di controversia presso  
l'Istituto Superiore di Sanità, con riesame della documentazione relativa all'analisi eseguita presso  
il laboratorio ufficiale Istituto Zooprofilattico Sperimentale Lazio e Toscana / Arpa Lazio.  
Si riserva anche di chiedere la ripetizione delle analisi ai sensi dell'articolo 8, commi 2 e 3 del  
D.Lgs. 27/2021 sull'aliquota resa disponibile al momento del campionamento e conservata presso il  
laboratorio ufficiale.

A tal fine allega<sup>2</sup>:

1. Relazione di controperizia rilasciata dall'esperto qualificato
2. apporto di prova e registrazioni delle analisi eseguite sull'aliquota a disposizione presso laboratorio di fiducia (Ragione Sociale, n° Accredia)
3. Attestazione di avvenuto pagamento a favore di ISS.

Luogo, data (gg/mm/aaaa)

Firma dell'istante

<sup>1</sup> produttore, confezionatore, importatore, responsabile delle informazioni ai sensi dell'art. 8 (1) Reg. (UE) 1169/2011, rivenditore, ecc...

<sup>2</sup> L'operatore può decidere di non allegare i documenti elencati. In tal caso barrare la voce.