

Si allega/no l'/gli attestato/i di idoneità alla identificazione delle specie fungine (art. 2 DPR 376/1995) delle seguenti persone addette :

1) COGNOME.....NOME.....
nato/a a il.....
in qualità di:

Titolare/Legale rappresentante

Dipendente preposto alla vendita dei funghi

Attestato rilasciato dall'ASL in data

2) COGNOME.....NOME.....
nato/a a il.....
in qualità di:

Titolare/Legale rappresentante

Dipendente preposto alla vendita dei funghi

Attestato rilasciato dall'ASL in data

3) COGNOME.....NOME.....
nato/a a il.....
in qualità di:

Titolare/Legale rappresentante

Dipendente preposto alla vendita dei funghi

Attestato rilasciato dall'ASL in data

4) COGNOME.....NOME.....
nato/a a il.....
in qualità di:

Titolare/Legale rappresentante

Dipendente preposto alla vendita dei funghi

Attestato rilasciato dall'ASL in data

Sono consapevole che fornire false dichiarazioni è penalmente perseguibile ai sensi del DPR 445 del 28/12/2000.

DATA FIRMA (per esteso e leggibile).....

Informazioni sul trattamento dei dati personali

Ai sensi dell'art. 13 del D. Lgs. 196/2003 e s.m.i. e dell'art. 13 del Regolamento UE 2016/679, il trattamento dei dati personali si svolgerà nel rispetto dei diritti e libertà fondamentali, con particolare riferimento alla riservatezza delle informazioni e alla protezione dei dati. Il conferimento è obbligatorio. I dati verranno trattati anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa. I dati raccolti potrebbero essere comunicati ad altri Enti Pubblici qualora fosse necessario ed esclusivamente nell'ambito del procedimento. Sono fatti salvi, in ogni caso, i diritti di cui agli artt. dal 15 al 22 del Regolamento UE 2016/679. Il titolare del trattamento è l'ASL NO.

Il Responsabile della protezione dati individuati dall'ASL NO è contattabile al seguente indirizzo: rdp@asl.novara.it
[L'INFORMATIVA COMPLETA RELATIVA AL TRATTAMENTO DEI DATI È CONSERVATA PRESSO LA SEDE DELL'AZIENDA ASL NO ED È CONSULTABILE DAL SITO WEB DELL'ENTE ALL'INDIRIZZO: WWW.ASL.NOVARA.IT NELLA SEZIONE PRIVACY.](#)

Data Firma.....