

**RICHIESTA DI ABILITAZIONE AL RICONOSCIMENTO DI FUNGHI SPONTANEI**

al Direttore Generale  
ASL della Provincia di Milano n. 1  
Via al donatore di sangue, 50  
20013 – Magenta (MI)

Il sottoscritto .....  
(Cognome e Nome)

nato a ..... il .....  
(Comune di nascita) (data di nascita)

codice fiscale ..... residente a .....  
(numero di codice fiscale) (Comune di residenza)

in .....  
(indirizzo di residenza)

a norma di quanto disposto all'art.2 del DPR 14/07/1995 n.376 e dell'art.105 della Legge Regionale 5/12/2008 n. 31

**CHIEDE**

il rilascio dell'attestato di idoneità all'identificazione per la vendita al minuto e allo stato sfuso:

delle seguenti specie di funghi spontanei freschi:

- |          |           |
|----------|-----------|
| 1) ..... | 6) .....  |
| 2) ..... | 7) .....  |
| 3) ..... | 8) .....  |
| 4) ..... | 9) .....  |
| 5) ..... | 10) ..... |

dei funghi secchi sfusi appartenenti alla specie *Boletus edulis* e relativo gruppo (porcini).

A tal fine, chiede di essere ammesso a partecipare al colloquio di valutazione, la cui data di svolgimento sarà concordata con l'ASL e da questa comunicata, previa presentazione della ricevuta di pagamento della relativa tassa di iscrizione di Euro 60,00\* al momento della consegna della presente domanda presso gli uffici SIAN del distretto di Legnano, via Savonarola n.3 – tel. 0331 925675/650/674.

Ogni ulteriore comunicazione al riguardo potrà essere trasmessa al seguente recapito:

.....  
(indirizzo cui va inviata la corrispondenza)

telefono: ..... fax: ..... e-mail: .....

firma

data .....

*\* pagamento da effettuarsi mediante bollettino di conto corrente postale al C.C. n: 41078205, intestato ad ASL Provincia Milano 1, via al donatore di sangue, n. 50 – 20013 Magenta, indicando nella causale: "richiesta attestato idoneità per vendita di funghi spontanei – centro di costo 3400"*