Spett.le ATS Brianza

Dipartimento di Igiene e Prevenzione Sanitaria

SC Igiene degli Alimenti e Nutrizione

e-mail: [igiene.alimenti.nutrizione@ats-brianza.it](mailto:igiene.alimenti.nutrizione@ats-brianza.it)

pec: [protocollo@pec.ats-brianza.it](mailto:protocollo@pec.ats-brianza.it)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nome: |  | | |
| Cognome: |  | | |
| Nato a |  | Data di Nascita |  |
| Codice Fiscale |  | | |
| Residente a |  | | |
| Recapito telefonico: |  | | |
| Indirizzo Mail per comunicazioni *(preferibilmente indirizzo Pec)* |  | | |

**SEGNALA**

*(Descrizione inconveniente)*

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

|  |  |
| --- | --- |
| Impresa Alimentare oggetto della segnalazione: |  |
| Indirizzo dell’impresa alimentare: |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Alimento oggetto della segnalazione: |  | | |
| Acquistato presso: |  | il |  |
| Lotto: |  | | |
| Data di scadenza/TMC: |  | | |

Il/la sottoscritto/a esprime il proprio consenso al trattamento dei dati personali sopra riportati ai fini strettamente necessari alle attività correlate all’oggetto della presente segnalazione.

Luogo, data

|  |  |
| --- | --- |
|  | Firma leggibile |
|  |  |

**Allegati:**

* Copia documento di identità *(obbligatorio)*
* Eventuale scontrino acquisto alimento
* Eventuali rilievi fotografici