|  |  |
| --- | --- |
| Spazio riservato all’ufficio | Alla Azienda Sanitaria Friuli Occidentale  Servizio Igiene Alimenti e Nutrizione  Via Vecchia Ceramica, 1  33170 Pordenone  PEC asfo.protgen@certsanita.fvg.it |

|  |
| --- |
| Il sottoscritto/a Cognome:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Nome:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  nato a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  in qualità di: legale rappresentante Titolare altro \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

|  |
| --- |
| Denominazione impresa *:* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| *numero di registrazione impresa alimentare: IT 06 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*  Partita .IVA: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ *codice univoco \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*  Codice Fiscale: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  con sede legale nel comune di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_\_ )  CAP \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ via/piazza \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n \_\_\_\_\_  pec \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  tel. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ cell. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **CHIEDE** il rilascio del certificato per l’esportazione verso l’INDIA di alimenti sotto indicati di origine vegetale o prodotti composti destinati al consumo umano che si dichiarano NON OGM o OGM FREE | | | |
| **DA EMETTERE** | CON FIRMA DIGITALE | CON FIRMA AUTOGRAFA |

|  |  |
| --- | --- |
| ***la certificazione non è emettibile in assenza delle seguenti informazioni*** | |
| 1. Name and address of exporter  *Nome e indirizzo dell’esportatore* |  |
| 2. Name and address of manufacturer  *Nome e indirizzo del produttore* |  |
| 3. Name and address of consignee  *Nome e indirizzo del ricevente* |  |
| 4. Description of the product  *Descrizione del prodotto* |  |
| 5. Invoice number and date - *Numero e data fattura* |  |
| 6. Lot number - *Numero lotto* |  |
| 7. Expiry date of the products (If any / Se presente)  *Data di scadenza del prodotto* |  |
| 8. Quantity of the product - *Quantità del prodotto* |  |
| 9. Production date and code/packaging date  *Data e codice di produzione/data confezionamento* |  |
| 10. Number and type of packaging  *Numero e tipo di imballo* |  |
| 11. Date of shipment and place  *Data e luogo di spedizione* |  |
| 12. Probable date of loading - *Probabile data di carico* |  |
| 13. Place of loading – *Luogo di carico* |  |
| 14. Country of export - *Paese di esportazione* |  |
| 15. FOB value - *Valore franco a bordo* |  |

Si allega fotocopia di un documento d’identità del richiedente in corso di validità

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*data timbro e firma*

**Gli importi dovuti per la prestazione saranno fatturati in seguito alla emissione del certificato richiesto**