Spett.le

ATS Città Metropolitana Milano

SS IAN\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Sede di\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Oggetto: Segnalazione relativa ad Attività alimentari/Alimenti

Il/La sottoscritto/a Sig./Sig.ra ..………….………………………………..……………………………………………..……….

nato/a il ………………….……..……. a………………………..…..……..…...…..………………….…. e residente nel Comune di ……………………………………...……… via ………..……….………….……………..………….. n°………... 🕾 ……………………………..….…………………….……… email.........................................@.........................................

documento identificativo (\*)………………………………….………………………………………………………………...

dichiara quanto segue: ………….………………………………………………………………………………………………

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

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

……………………………………...……………………………………………………………………………………………….…

……………………………………...……………………………………………………………………………………………….…

……………………………………...……………………………………………………………………………………………….…

……………………………………...……………………………………………………………………………………………….…

Il/La sottoscritto/a dichiara di essere informato che:

1. la presente segnalazione verrà trasmessa al Dirigente Responsabile per le valutazioni ed il seguito di competenza;
2. ai sensi e per gli effetti di cui al Regolamento UE 2016/679 e al D. Lgs n. 196/03 come novellato dal D.lgs. n. 101/18, i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell’ambito del procedimento per il quale la presente segnalazione viene fatta e autorizza il relativo trattamento ai fini degli adempimenti necessari.

DATA FIRMA

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

(\*) allegare copia documento d’identità in corso di validità

*Si informa l’esponente:*

*Le informazioni sulle modalità di accesso ad atti correlati alle segnalazioni sono disponibili sul sito web ATS Città Metropolitana Milano (Legge n. 241/1990 e ss.mm.ii)*