

**Azienda U.S.L. 7 di Siena  
Ispettorato Micologico  
A.T.I. Amiata – Val di Chiana  
Strada di Ruffolo 4  
53100 Siena**

Il sottoscritto \_\_\_\_\_  
nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_  
via \_\_\_\_\_ Tel \_\_\_\_\_  
titolare/socio/dipendente dell' attività di \_\_\_\_\_  
con sede in (locali dove avviene la vendita) \_\_\_\_\_

CHIEDE

di essere ammesso all'esame per ottenere l'attestato di idoneità alla identificazione delle specie fungine, previsto al comma 4 dell'art. 19 della L.R. 16/99.

A tale scopo specifica che le specie fungine, per le quali intende ottenere l'attestato di idoneità alla identificazione, sono le seguenti: (indicare con il nome scientifico)

---

---

---

---

Allegati: 1 foto tessera

firma