

Azienda U.S.L. 7 di Siena
Ispettorato Micologico
A.T.I. Senese – Alta Val D'Elsa
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