



**Dipartimento di Prevenzione  
U.O.C. Servizio di Igiene degli Alimenti e della Nutrizione**

Data \_\_\_\_\_

Spett.le Servizio di Igiene degli alimenti e della Nutrizione  
Semplificazione Microimprese Alimentari  
Email semp.microimpresealimentari@aulss2.veneto.it

Io sottoscritto.....  
per la mia attività di .....  
P.IVA/C.F. ....  
con sede legale in.....  
con sede operativa in .....  
e-mail.....  
telefono.....  
N. di persone da formare .....

**DICHIARO SOTTO LA MIA RESPONSABILITA'**

- di possedere i requisiti di legge necessari per essere riconosciuto come microimpresa alimentare;

**E CHIEDO**

di poter accedere alla formazione di tre ore per la Semplificazione delle Microimprese del Settore Alimentare come da Delibera del Direttore Generale AULSS 2 Marca Trevigiana n. 1585 del 18/07/2025 "Rinnovo del progetto sperimentale di applicazione del sistema di autocontrollo nel settore alimentare – nuove determinazioni".

In attesa di un VS gentile riscontro.

Porgo cordiali saluti.

Firma del titolare della Microimpresa