

Spett. **UFFICIO DI SANITA'
MARITTIMA ED AEREA
DI VENEZIA**

Tel: 041/51.02.377

Fax: 041/51.02.866

**OGGETTO: Richiesta di inoltro a destino sotto vincolo
sanitario di una partita di:**

di Kg _____ colli n° _____

di provenienza _____

Il/la sottoscritto/a _____ rappresentante legale, in
nome e per conto della Ditta importatrice: _____

chiede di poter inviare la partita di merce in oggetto, sotto vincolo sanitario, presso i depositi e/o
magazzini siti nel Comune di: _____ Via _____

_____ n° _____

Si impegna a non rimuovere i sigilli apposti senza autorizzazione delle Autorità Sanitarie e a
non commercializzare la merce prima dell'esito degli accertamenti cui sarà sottoposta.

Si comunicano qui di seguito i dati circa la A.S.L. ed i N.A.S. competenti per territorio:

A.S.L. n° _____ di _____

Tel: _____

Fax: _____

N.A.S. di _____

Tel: _____

Fax: _____

In fede

Data _____
