



**A.S.L. AT**

Azienda Sanitaria Locale  
di Asti

Via Conte Verde, 125 - 14100 ASTI  
Casella Postale 130  
Tel. +39 0141.481111 fax. +39 0141.484095  
[www.asl.at.it](http://www.asl.at.it) pec: [protocollo@pec.asl.at.it](mailto:protocollo@pec.asl.at.it)  
P.I. / Cod. Fisc. 01120620057

**DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE  
SERVIZIO IGIENE ALIMENTI E NUTRIZIONE**

*Al Direttore del Servizio  
Igiene Alimenti e Nutrizione  
A.S.L. AT*

Il sottoscritto \_\_\_\_\_

nato a \_\_\_\_\_ (provincia \_\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_

in via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

Recapito telefonico \_\_\_\_\_

**DICHIARA**

- di essere a conoscenza del fatto che la Regione Piemonte con D.G.R. n. 42-4511 del 19 novembre 2001 ha sospeso il rilascio/rinnovo del libretto sanitario per alimentaristi per due anni a far data dall'1/1/2002;
- di svolgere la seguente attività \_\_\_\_\_
- di aver necessità di essere sottoposto a visita medica per il rilascio/rinnovo libretto sanitario di cui all'art. 14 L. 283/62 perché svolgerà la suddetta attività nella Regione \_\_\_\_\_

Il sottoscritto autorizza ai sensi della L. 675/96 codesta spettabile ASL. AT al trattamento dei propri dati personali e sanitari ai fini degli adempimenti necessari per l'erogazione della prestazione richiesta. Prende atto del diritto di accedere ai propri dati ed ottenere le informazioni e quant'altro previsto dall'art. 13 della L. 675/96.

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

Visto, si esprime parere \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_ Il Dirigente Medico SIAN \_\_\_\_\_



[www.regione.piemonte.it/sanita](http://www.regione.piemonte.it/sanita)



Sistema Sanitario Regionale del Piemonte

**S.O.C. IGIENE DEGLI ALIMENTI E DELLA NUTRIZIONE**

ASTI: Via Conte Verde 125 tel.0141484920 – fax 0141484993 – Nizza Mon.fio: P.za Cavour tel.0141 782583 – fax 0141 782588  
[sian@asl.at.it](mailto:sian@asl.at.it)