

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: \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

In fede

\_\_\_\_\_