

AL RESPONSABILE DEL  
CENTRO DI CONTROLLO MICOLOGICO  
del Dipartimento di Prevenzione A.S.L. BR  
Piazza A. Di Summa, 1  
72100 B R I N D I S I

**OGGETTO:** rinnovo attestazione di idoneità alla identificazione delle specie fungine.  
**Domanda di partecipazione a Corso di aggiornamento.**

Il/la sottoscritto/a .....nato/a .....  
..... il ..... e residente a .....  
..... in via .....  
(telefono: .....) essendo in possesso dell'attestato alla identificazione  
delle specie fungine rilasciato da codesto Centro di Controllo Micologico in data  
..... con il n. ...., ai fini del relativo rinnovo quinquennale, quale:

- Raccoglitore occasionale ☐ (*barrare la casella*)
- Raccoglitore professionale ☐ (*barrare la casella*)

chiedo di partecipare ai corsi di aggiornamento previsti dalla Legge regionale n. 14/06.

Resto pertanto in attesa della convocazione per il primo corso utile.

Allego:

- Copia dell'attestato rilasciatomi;
- Fattura rilasciata da CUP A.S.L. BR (ufficio ticket) relativa a versamento di € 25,00.-

Distinti saluti.

Data .....

firma .....