

**RICHIESTA DI PRESTAZIONI DA PARTE DI ENTI, ASSOCIAZIONI,
ORGANIZZAZIONI PUBBLICHE E PRIVATE E LABORATORI PRIVATI PER
ALIMENTI E MANGIMI**

MOD.N°	40IZ397	ED/REV	01/00	STRUTTURA/UO:
PGS N°	20AQ029	PAGINA 1 DI 1		DATA: 06/03/2025

All'IZS Piemonte Liguria e Valle d'Aosta
c.a. Responsabile Struttura Complessa _____

Dr _____

Il sottoscritto (contraente) _____, richiede la disponibilità ad effettuare, a partire dal _____, la seguente attività presso i laboratori SS _____, _____.

Descrivere brevemente le tipologie di analisi richieste e quali campioni saranno conferiti:

Il referente individuato presso l'IZS PLV è il Dr _____

Dichiara inoltre che:

<p>Per i campioni "matrice alimentare"</p> <ul style="list-style-type: none">• l'attività richiesta non si configura come attività di autocontrollo;• in caso di mancato rispetto di criteri microbiologici o non microbiologici è responsabilità del contraente fornire comunicazione all'Autorità Competente e provvedere agli adempimenti previsti dalla normativa vigente;• per le analisi richieste non esiste alcun laboratorio accreditato nelle regioni di competenza IZSPLV;• il campione è inviato a un centro di Centro di Riferenza/Laboratorio Nazionale di Riferimento per conferma.	<p>Per campioni "ceppo batterico/lievito/fungo/muffa"</p> <ul style="list-style-type: none">• in caso di positività per microrganismi per i quali è prevista comunicazione obbligatoria alla Autorità Competente, è responsabilità del contraente provvedere agli adempimenti previsti dalla normativa vigente;• per le analisi richieste non esiste alcun laboratorio accreditato nelle regioni di competenza IZSPLV;• il campione è inviato a un centro di Centro di Riferenza/Laboratorio Nazionale di Riferimento per analisi di conferma• per l'analisi delle sequenze genomiche si autorizza IZSPLV all'utilizzo di piattaforme on-line ad accesso libero.
---	---

Il sottoscritto dichiara di accettare le condizioni di pagamento previste dal tariffario pubblicato sul sito (https://www.izsplv.it/it/component/publiccompetitions/document/3047.html?view=document&id=3047:tariffario_ufficiale_cda_6_2024&Itemid=402) e allega l'apposito modello compilato (40IZ403).

Il contraente

Firma Responsabile SC

Firma Direttore Sanitario
