



Sede IZSLT di accettazione	FR ☐ -LT ☐ -RI ☐ -RM ☐ -VT ☐
	AR ☐ -FI ☐ -GR ☐ -PI ☐ -SI ☐

Sede IZSLT di destinazione	FR ☐ -LT ☐ -RI ☐ -RM ☐ -VT ☐
	AR ☐ -FI ☐ -GR ☐ -PI ☐ -SI ☐

N. Reg. IZSLT	
Data accettazione	
Temperatura rilevata all'arrivo °C	
T. non rilevabile	
Sigla operatore IZSLT	
Firma conferente	

RICHIEDENTE (*)		DETENTORE (*)	
Nome, Cognome o Ragione Sociale		Nome, Cognome o Ragione Sociale	
Via		Via	
Comune		Comune	
C.A.P.		C.A.P.	
Provincia		Provincia	
Partita IVA		Partita IVA	
Codice Fiscale		Codice Fiscale	
Tel.		Tel.	
Fax		Fax	
email		email	

(*) è sufficiente compilare solo il campo ragione sociale se il cliente è già registrato c/o IZSLT

Nome Cognome	PRELEVATORE	
Tel./fax		E-mail

MODALITA' PAGAMENTO		
☐ Convenzione N.	☐ POS	

INTESTAZIONE FATTURA		
☐ Richiedente	☐ Detentore	

Prelievo del ____/____/____ ora: _____

Luogo del prelievo (indirizzo):_____

[illegible]

5. Per le prove microbiologiche la tecnica è da intendersi ESAME COLTURALE ove non diversamente specificato dal codice prova riportato sul tariffario <https://www.izslt.it>

6. Barrare con una X le prove che devono essere effettuate sul campione

Modalità di prelievo e temperatura di trasporto (descrizione o riferimento procedura):

Firma Operatore che ha effettuato il prelievo

Firma Responsabile autocontrollo impresa alimentare o suo delegato