Mod. IMP/CIVITAVECCHIA

Richiesta visita fitosanitaria per il rilascio del

Documento Sanitario Comune di Entrata (DSCE)

per l'importazione di vegetali, prodotti vegetali ed altre merci

presso il porto di Civitavecchia

# AL SERVIZIO FITOSANITARIO DEL LAZIO

**Indirizzo posta elettronica:** [**servizio.fitosanitario@regione.lazio.it**](mailto:servizio.fitosanitario@regione.lazio.it)

La sottoscritta/Il sottoscritto: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in nome e per conto dell’Operatore Professionale\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ iscritto nell’elenco degli importatori con codice RUOP n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, rilasciato con atto dirigenziale n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_\_ richiede la visita fitosanitaria presso il posto di controllo frontaliero del porto di Civitavecchia per il rilascio del nulla osta all’importazione (Documento Sanitario Comune di Entrata - DSCE) relativo alla sotto riportata merce proveniente da Paesi non appartenenti all'Unione Europea per il giorno: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ orientativamente alle ore: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Recapito telefonico per eventuali comunicazioni: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_..

(NB: La richiesta di DSCE va trasmessa anche tramite il sistema informativo TRACES appena è noto l'arrivo della spedizione e deve contenere le scansioni di tutti i documenti fitosanitari e commerciali che l'accompagnano).

ATTENZIONE: al fine di poter organizzare la visita ispettiva, il presente modulo **deve pervenire entro e non oltre le 48 ore lavorative precedenti la visita ispettiva richiesta**

TIPOLOGIA DEL PRODOTTO \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ NOME BOTANICO \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

PROVENIENZA \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

NUMERO DEI COLLI \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ PESO (KG) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_N. PEZZI \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

DESTINATARIO\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

## SEDE LEGALE \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ NUMERO DI ISCRIZIONE AL RUOP\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

MEZZO DI TRASPORTO \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_IDENTIFICAZIONE N. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**A TAL FINE SI ALLEGA L’ATTESTAZIONE DEL PAGAMENTO DELLA TARIFFA FITOSANITARIA SECONDO LE DISPOSIZIONI VIGENTI.**

**Si autorizza altresì all’eventuale trattamento dei dati personali nel rispetto della vigente normativa sulla protezione dei dati personali e si dichiara di aver preso visione della relativa informativa presente sul sito istituzionale del Servizio Fitosanitario Regionale.**

Luogo e Data IL RICHIEDENTE (timbro e firma)