

Inserire LOGO ASP

Regione Siciliana

AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE di _____

U.O.S. Distretto di _____ Comune di _____

Tel. _____ e-mail _____

**Piano regionale di controllo ufficiale sul tenore di iodio nel sale arricchito
Verbale di prelievo dei campioni di sale arricchito di iodio, iodurato e /o iodato**

VERBALE DI PRELEVAMENTO N. _____/ ANNO _____

L'anno _____ del mese di _____ del giorno _____ alle ore _____, il/i _____ sottoscritt _____
_____ qualifica _____
_____ si è/sono presentat _____ presso:

☐ stabilimento di produzione

☐ centro di stoccaggio

☐ GDO

☐ altra sede di prelievo (specificare _____)
sito in _____ via _____ n. _____ di cui è titolare il Sig.
_____ nato a _____ il _____ e residente in _____ Via
_____, n. _____, desunta da _____

_____, e, dopo essersi
qualificato e dopo aver fatto conoscere lo scopo della visita al Sig. _____ nato a
_____ il _____, e residente in _____ via _____,
n. _____, nella sua qualità di _____, ha/hanno proceduto al prelievo di sale
arricchito di iodio per la determinazione analitica della quantità di iodio presente:

Nome commerciale _____ lotto n. _____

Ditta produttrice _____

Sede _____

Stabilimento di produzione _____

Data di produzione _____

Sono state prelevate n. _____ confezioni (1):

☐ di cartone

☐ in plastica

☐ spargitore

☐ altro _____ contenenti:

☐ sale iodato grosso; ☐ sale iodato fino; ☐ sale iodurato grosso; ☐ sale iodurato fino; ☐ miscela di sale iodurato e iodato grosso; ☐ miscela di sale iodurato e iodato fino.

che sono state suddivise in n. _____ aliquote identiche, sigillate ciascuna con sigillo d'ufficio e munite di cartellini di identificazione.

N. _____ aliquote (indicare dettaglio aliquote) unitamente a n. _____ copie del presente verbale vengono inviate al _____ in data _____

Conservazione del campione _____

N. _____ copia/e del presente verbale con n. _____ aliquota/e viene/vengono consegnate al Sig. _____

Dichiarazioni dell'Operatore: _____

(1) Di norma in singola aliquota accompagnata da copia del verbale anche in forma dematerializzata, nel rispetto del codice digitale della Pubblica Amministrazione.

Qualora sia opportuno, pertinente e tecnicamente fattibile, vengono formate due ulteriori aliquote, omogenee tra loro, di cui:

- una aliquota a disposizione dell'operatore per consentirgli l'effettuazione di un esame "di parte" a sue spese presso un laboratorio accreditato, di sua fiducia (controperizia ai sensi dell'art. 7 del d.lgs 27/2021);

- una aliquota per consentire, in caso di controversia ai sensi dell'art. 8 del d.lgs 27/2021, l'esecuzione a spese dell'operatore di altre analisi, prove o diagnosi da parte dell'Istituto Superiore di Sanità.

FIRMA DELL'OPERATORE

IL/I VERBALIZZANTE/I
