



SCHEDA DI PARTECIPAZIONE

6° CONCORSO "Formaggi del Buon Gusto"

Ditta.....
CAP.....Città..... Prov
Via..... n°
Tel.....Fax

In qualità di: Produttore singolo Produttore associato
Provenienza latte: Proprio Acquistato Misto

Preso visione di tutti gli articoli del Regolamento di partecipazione, che accetta in tutte le sue disposizioni,

CHIEDE

di partecipare al 6° concorso regionale "Formaggi del Buon Gusto", aderendo alle seguenti categorie:

	LATTE CRUDO	LATTE PASTORIZZATO
<input type="checkbox"/> Fior di latte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Giuncata	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Caciotta vaccina da 15 a 30 gg. di stagionatura	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Caciotta vaccina oltre 30 gg. di stagionatura	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Cacio cavallo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Scamorza passita	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Pecorino fino a 90 gg. di stagionatura	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Pecorino oltre 90 gg. di stagionatura	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Caprini	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Fantasie casearie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Pertanto allega alla domanda copia di certificazione, rilasciata dalla ASL competente, che attesti che l'azienda è ufficialmente indenne da Brucellosi e Tubercolosi (*).

Zona di produzione.....

La Ditta dichiara, inoltre, che quanto indicato nella presente domanda corrisponde a verità e che in passato non ha subito condanne per frode e/o sofisticazioni.

Firma del Responsabile

.....

(*) E' ammessa autocertificazione