



**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