

Departamento de Salud del Distrito: _____

Laboratorio de Salud Pública

1 DATOS DE LA PERSONA O ENTIDAD SOLICITANTE

DNI, NIF, NIE: _____ Nombre: _____

Primer apellido: _____ Segundo apellido: _____

Asociación de consumidores: _____

Tipo vía: _____ Domicilio: _____

Número: _____ Portal: _____ Escalera: _____ Planta: _____ Puerta: _____

C.P.: _____ Municipio: _____ Provincia: _____

Correo electrónico: _____ Teléfono(s): _____ / _____

2 DATOS DEL PRODUCTO

Naturaleza de la muestra: _____

Peso/ volumen (aprox): _____ Temperatura de conservación de la muestra: _____

La muestra se encuentra:

Envase original cerrado envase abierto por el consumidor producto de venta a granel o fraccionado

Fecha de elaboración: ___/___/___ Fecha de caducidad/ consumo preferente: ___/___/___ Lote de fabricación: _____

Etiquetado e ingredientes: _____

3 DATOS DEL ESTABLECIMIENTO DONDE SE ADQUIRIÓ EL PRODUCTO ⁽¹⁾

Nombre comercial: _____

Tipo vía: _____ Domicilio: _____

Número: _____ Portal: _____ Escalera: _____ Planta: _____ Puerta: _____

C.P.: _____ Municipio: _____ Provincia: _____

4 MOTIVO DE LA SOLICITUD DE ANÁLISIS

5 DATOS DE LA MUESTRA (A rellenar por la Administración)

- Se admite la muestra para su análisis en el Laboratorio de Salud Pública.
- No se admite la muestra para su análisis en el Laboratorio de Salud Pública
 - Por no considerarse de interés para la salud pública y defensa de los consumidores y usuarios.
 - Por no haber sido rechazada su admisión en otro Distrito o en el Laboratorio de Salud Pública.
 - Otros: _____

6 TIPO DE ANÁLISIS QUE SE SOLICITA (A rellenar por la Administración)

La persona solicitante declara que la muestra que aporta no ha sido rechazada en el Laboratorio de Salud Pública o en otro Distrito.

En _____, a _____ de _____ de 20____

Firma del personal inspector/administración

Firma de la persona solicitante