

ALLEGATO 1.3.**REGIONE LAZIO****RICHIESTA DI ADESIONE AL PIANO REGIONALE VOLONTARIO DI CONTROLLO E
CERTIFICAZIONE DELLA PARATUBERCOLOSI**

Il/la sottoscritto/a _____ (Cognome e Nome)

in qualità di Proprietario Detentore

Ragione sociale dell'allevamento _____

Specie Allevate Bovini BufaliniCodice aziendale

--	--	--	--	--	--	--	--

Sito nel comune di _____ Via/Località _____

Telefono _____ Cellulare _____

E-mail _____

 CHIEDEdi aderire al Piano Regionale Volontario di Controllo e Certificazione della
paratubercolosi bovina-bufalina**DICHIARA** altresì

Di aver preso visione e di accettare tutte le disposizioni contenute nel Piano

Luogo e data _____

In fede

(Firma del richiedente)