

All.1

REGIONE LAZIO

AZIENDA SANITARIA LOCALE _____ DISTRETTO _____

DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE
Servizi di Medicina Veterinaria

Prot. _____

RICHIESTA DI ATTRIBUZIONE DEL CODICE DI IDENTIFICAZIONE AZIENDALE AI SENSI DEL D.Lgs 336/99

Il sottoscritto _____ nato a _____ il _____
Indirizzo _____ Comune _____ prov _____
C a p _____ telefono _____ CF/p IVA _____
In qualità di Responsabile dell'Azienda agricola
(Notizie riguardanti l'ubicazione dell'Azienda)

Denominazione _____
Rappresentante legale (per Società) _____
Indirizzo _____ Comune _____ prov _____
C a p _____ telefono _____ CF/pIVA _____

Specie allevate e/o detenute
Equidi Volatili da cortile Conigli
Ruminanti selvatici Ratiti Altro

Chiede l'attribuzione del codice aziendale ai sensi del D.Lgs. 336/99 impegnandosi a comunicare ogni variazione dei dati entro il termine massimo di 7 giorni.

A tal fine dichiara che:

Quadro A (da compilare solo nel caso in cui il proprietario non coincida con le figure precedenti)
Il proprietario è _____ nato a _____ il _____
Rappresentante legale (per Società) _____
Indirizzo _____ Comune _____ prov _____
C a p _____ telefono _____ CF/pIVA _____
Specie di proprietà _____

Quadro B (da compilare solo nel caso in cui il detentore non coincida con le figure precedenti)
Detentore / responsabile degli animali _____
Indirizzo _____ Comune _____ prov _____
C a p _____ telefono _____ CF/pIVA _____
Specie detenute _____

Dichiara inoltre che l'Azienda ha le seguenti finalità :

- Autoconsumo
- Altri fini. Specificare _____

Data _____ Firma del responsabile _____
Firma per accettazione _____
di eventuali comproprietari _____

CODICE AZIENDALE ATTRIBUITO

IT

--	--	--

--	--

--	--	--

Codice ISTAT Codice Provincia Numero progressivo su base comunale

Data _____

IL VETERINARIO RESPONSABILE