

ASL di _____

Il Sottoscritto

COGNOME (*) _____

NOME (*) _____

Nato il (*) _____ a _____ prov di _____

Codice fiscale (*) _____

Telefono _____ E- mail _____

In qualità di:

Titolare

Rappresentante legale

Dell'azienda apistica denominata (se diverso) _____

Codice Aziendale (*) _____/sottocodice _____
--

Codice fiscale (se diverso) _____

COMUNICA

Che intende avvalersi per gli adempimenti previsti dall'Art. 7, punto 1, lettera c) del DECRETO 4 dicembre 2009 "Disposizioni per l'anagrafe apistica nazionale" del Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali di:

Associazione Apistica _____

CAA _____

APA _____

Servizio Veterinario dell'ASL _____

Data..... (firma del richiedente) _____

Visto del Responsabile del Servizio Veterinario _____