

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 \_\_\_\_\_