

ASL di _____

Il Sottoscritto

COGNOME _____

NOME _____

Nato il _____ a _____ prov di _____

Codice fiscale _____ P.IVA _____

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 _____