

Il/la sottoscritto/a _____ C.F. _____
nato/a a _____ (____) il _____
in qualità di titolare/legale rappresentante della Ditta _____
tipologia _____ C.F. _____
con sede legale in _____ (____) CAP _____
Via/P.zza _____ n. _____
Tel. _____ Cell. _____ E-mail _____ PEC _____
con sede operativa (se diversa) in _____ (____) CAP _____
Via/P.zza _____ n. _____
Tel. _____ Cell. _____ E-mail _____ PEC _____
cod. allevamento _____

CHIEDE la vidimazione dei sottoelencati registri:

- | | | |
|---|----------------|-----------------------------------|
| 1. Latte di alta qualità (allevatori) | n. _____ copie | |
| 2. Unificato scorte medicinali e trattamenti (allevatori) | n. _____ copie | |
| 3. Sostanze ormonali (allevatori) | n. _____ copie | |
| 4. Trattamenti (allevatori) | n. _____ copie | |
| 5. Addestramento cani e dog-sitting | n. _____ copie | <input type="checkbox"/> bonifico |
| 6. Commercio animali esotici | n. _____ copie | <input type="checkbox"/> bonifico |
| 7. Commercio cani e gatti (pensione / allevamento / rivendita) | n. _____ copie | <input type="checkbox"/> bonifico |
| 8. Scorte medicinali (strutture veterinarie / veterinari liberi professionisti) | n. _____ copie | <input type="checkbox"/> bonifico |
| 9. _____ | n. _____ copie | <input type="checkbox"/> bonifico |

Roma, _____

Firma _____

Informativa Privacy

Ai sensi dell'art. 13 del D.lgs 196/2003 – Codice Privacy, si informa che i dati personali forniti con la presente dichiarazione ed acquisiti nel corso del procedimento per il quale viene presentata saranno trattati dalla ASL Roma 3 quale Titolare ai fini dello svolgimento del medesimo procedimento e dei controlli istituzionali. Tali dati potranno essere utilizzati con idonee modalità e procedure anche informatizzate dal personale a ciò incaricato ed, ove necessario, comunicati alle competenti autorità e soggetti pubblici per le finalità previste dalla normativa vigente, nonché ai soggetti legittimati all'esercizio del diritto di accesso ai documenti amministrativi. La persona interessata potrà richiedere di accedere ai dati che la riguardano ed eventualmente rettificarli e cancellarli (art.7 d.lgs. 196/2003), rivolgendosi al Direttore della UOC SAIAPZ quale Responsabile del trattamento presso la ASL Roma 3, ai recapiti reperibili sul sito www.aslromad.it.

=====

_____ pagine nn. _____ annotat__ a__ n_____

_____ pagine nn. _____ annotat__ a__ n_____

_____ pagine nn. _____ annotat__ a__ n_____

_____ pagine nn. _____ annotat__ a__ n_____

=====

Ritiro i_ registr_ n. _____ in data _____

Firma _____