

REGIONE LAZIO ASL FROSINONE – DISTRETTO “ ”
 Richiesta di attribuzione del codice aziendale/allevamento ai sensi del D.P.R. 317/96

Denominazione Azienda _____
Sede OPERATIVA: via _____ Comune _____ Telefono _____
 Cod. Fisc./partita iva _____ Longitudine _____ Latitudine _____
Sede LEGALE: via _____ Comune _____ Telefono _____
 Barrare se trattasi di stalla di sosta
Titolo sito: Proprietario Affittuario Usufruttuario Altro da specificare _____

PROPRIETARIO (DATI ANAGRAFICI)

I sottoscritt _____ nat_a _____ il _____
 residente a _____ in via _____ C.A.P. _____
 Telefono _____ cod. fisc./partita iva _____

DETENTORE (DATI ANAGRAFICI)

I sottoscritt _____ nat_a _____ il _____
 residente a _____ in via _____ C.A.P. _____
 Telefono _____ cod. fisc./partita iva _____

RAPPRESENTANTE LEGALE PER SOCIETA' (DATI ANAGRAFICI - Da compilare solo se trattasi di persona giuridica)

I sottoscritt _____ nat_a _____ il _____
 residente a _____ in via _____ C.A.P. _____
 Telefono _____ cod. fisc./partita iva _____

AUTOCONSUMO : Specie BOVINA - BUFALINA - OVINA - CAPRINA - SUINA - APISTICA - ALTRO
 LA PRODUZIONE PER AUTOCONSUMO NON NECESSITA DI SCIA E REGISTRAZIONE AL REG. CE 183/05
 USO SPORTIVO : Specie EQUINA - ALTRO

SPECIE ALLEVATA	<input type="checkbox"/> BOVINA	PER LA PRODUZIONE DI:	<input type="checkbox"/> CARNE	<input type="checkbox"/> LATTE	<input type="checkbox"/> RIPRODUZIONE
	<input type="checkbox"/> BUFALINA		<input type="checkbox"/> CARNE	<input type="checkbox"/> LATTE	<input type="checkbox"/> RIPRODUZIONE
	<input type="checkbox"/> OVINA		<input type="checkbox"/> CARNE	<input type="checkbox"/> LATTE	<input type="checkbox"/> RIPRODUZIONE
	<input type="checkbox"/> CAPRINA		<input type="checkbox"/> CARNE	<input type="checkbox"/> LATTE	<input type="checkbox"/> RIPRODUZIONE
	<input type="checkbox"/> SUINA		<input type="checkbox"/> INGRASSO	<input type="checkbox"/> SITO 2	<input type="checkbox"/> RIPRODUZIONE
	<input type="checkbox"/> EQUINA		<input type="checkbox"/> RURALE (DA CARNE O ALLEVAMENTO)		
	<input type="checkbox"/> APISTICA		<input type="checkbox"/> MIELE	<input type="checkbox"/> ALTRO _____	
	<input type="checkbox"/> AVICOLA		<input type="checkbox"/> CARNE	<input type="checkbox"/> UOVA	<input type="checkbox"/> SVEZZAMENTO

CHIEDE L'ATTRIBUZIONE DEL CODICE AZIENDALE ai sensi del D.P.R. 317/96 impegnandosi a comunicare ogni variazione dei dati entro il termine massimo di 7 giorni.

Data _____ Firma del responsabile _____

DELEGO PER OPERARE NELLA BANCA DATI NAZIONALE

L'A.S.L. ALTRI _____

Data _____ Firma del responsabile _____

Codice condiviso con _____ Firma consenso cod. condiviso _____

Spazio riservato all'ufficio - Area "A"

CODICE ATTRIBUITO:

_____ FR _____

Data di attribuzione del codice _____ Timbro e Firma del Responsabile
 Data rilascio registro _____

Operatore che attribuisce il codice _____

Operatore che effettua la registrazione in BDN _____

IL RESPONSABILE E' OBBLIGATO AD INOLTARE L'ISTANZA PER LA REGISTRAZIONE AL REG. CE 183/05 ALL'AREA "C" (PER L'ALIMENTAZIONE ANIMALE).

REGISTRO CONSEGNATO AL SIGNOR _____ in data _____

N.B. CONSEGNARE UNA COPIA DI QUESTO DOCUMENTO ALL'AREA "C"