All'ASL .....

Indirizzo .....

PEC / Posta elettronica .....

COMUNICAZIONE DEI DATI RELATIVI ALL'ATTIVITÀ "LABORATORIO DI SMIELATURA"

1 - IDENTIFICAZIONE DELLA DITTA

Io sottoscritto/a

Cognome ..... Nome .....

codice fiscale |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

nato/a a ..... prov. ..... Stato .....

il |__|__|/|__|__|/|__|__|__|__| cittadinanza .....

residente in ..... prov. .....Stato .....

Indirizzo ..... n. ..... C.A.P. |__|__|__|__|__|

In qualità di: □ legale rappresentante □ altro (specificare) .....

dell'Azienda codice.....

Ragione sociale .....

codice fiscale ..... p. IVA[1].....

sede legale dell'impresa.....

PEC / posta elettronica .....

Telefono fisso / cellulare .....

- **A seguito della registrazione in BDA (banca Dati Apistica Nazionale) e ai fini del Controllo Ufficiale comunico il possesso di un laboratorio di smielatura**

Allego copia fotostatica del documento di identità.

Eventuali note: .....
.....
.....
.....

Data..... Firma .....

Il sottoscritto dichiara di aver ricevuto le informazioni ai sensi dell'art. 13 del Regolamento (UE) 2016/679 e acconsente al trattamento dei propri dati, con le modalità e per le finalità indicate nella informativa stessa, necessari per l'erogazione della prestazione richiesta.