

Alla C.a Servizio SIAPZ Oristano
Via Carducci n. 35 – 09170 Oristano

OGGETTO: ISTANZA VIDIMAZIONE REGISTRO FARMACI

Il/la sottoscritto/a	
Residente a	
Cod. fiscale/ p.partia iva	

CHIEDE

La vidimazione del **REGISTRO DEI TRATTAMENTI TERAPEUTICI PER ATTIVITÀ' DI APICOLTURA .**

Consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del DPR 28.12.2000 n. 445 per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci,

DICHIARA:

Di essere titolare / Ragione Sociale	
Codice Fiscale/P.iva Azienda:	
Ubicato nel Comune di	
Via/loc.	
Telefono	
PEC	
E-mail	
Codice aziendale	

Si allega copia di un documento di identità del dichiarante

Dichiaro di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 6 *Regolamento (UE) 2016/679* i dati personali da me forniti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Li _____ data

Firma del Richiedente

A CURA DEL SERVIZIO**Vidimazione Servizio Veterinario.**

Il presente registro dell'azienda si compone di N° _____ pagine progressivamente numerate e vidimate.

Oristano Data _____

L'Ufficio vidimante