

**SPETT.LE AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE DI PALERMO**

**Unità Operativa di \_\_\_\_\_**

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ nato il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_  
C.F. \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_  
Via \_\_\_\_\_ proprietario/detentore degli animali  
nell'azienda con Cod. Az. \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

**l'autorizzazione all'acquisto e l'assegnazione dei numeri progressivi:**

1. di n. \_\_\_\_\_ marche Bovine (Colore \_\_\_\_\_)
2. di n. \_\_\_\_\_ marche Ovicaprine
3. delle seguenti ristampe \_\_\_\_\_

**da acquistare presso la Ditta \_\_\_\_\_ registrata nell'elenco di cui all'art. 12 comma 3 del DPR 437/2000.**

Il sottoscritto si impegna ad utilizzare tali marchi esclusivamente presso il suindicato allevamento e a trasmettere la cedola identificativa entro 7 gg dalla marcatura dell'animle a codesto Distretto Veterinario per il rilascio del relativo passaporto.

**MARCHE DA SPEDIRE in via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_ Località \_\_\_\_\_**  
**MARCHE DA FATTURARE A: \_\_\_\_\_**  
**P. IVA \_\_\_\_\_**

**Il sottoscritto, dopo essere stato informato ai sensi dell'art.10 della legge sulla privacy 675/96 ed in particolare sui propri diritti nei confronti del trattamento dei dati della presente dichiarazione (come da informativa allegata e consegnata, al dichiarante, unitamente al presente modello); preso atto che i trattamenti verranno effettuati comunque nei limiti posti dalla legge, inclusi i profili inerenti la salvaguardia della loro riservatezza,**

**esprime il proprio consenso al trattamento dei dati personali che lo riguardano da parte dell'Azienda Sanitaria Provinciale di Ragusa.**

----- li -----

Il Proprietario/Detentore

**AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE DI PALERMO  
SERVIZIO VETERINARIO**

**UNITA' OPERATIVA DI \_\_\_\_\_ PROT. \_\_\_\_\_ DEL \_\_\_\_\_**  
Vista la istanza di cui sopra

**Si Autorizza l'acquisto:**

1. di n. \_\_\_\_\_ marchi auricolari bovini dal n. \_\_\_\_\_ al n. \_\_\_\_\_
2. di n. \_\_\_\_\_ marchi auricolari ovicaprini dal n. \_\_\_\_\_ al n. \_\_\_\_\_
3. delle seguenti ristampe \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ li \_\_\_\_\_

II VETERINARIO RESPONSABILE