AL DIRETTORE DEL DISTRETTO VETERINARIO

DELL’ATS DELLA CITTA’ METROPOLITANA DI MILANO INDIRIZZO\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_N.

CAP\_\_\_\_\_\_\_\_\_CITTA’

**DICHIARAZIONE CESSAZIONE ATTIVITÀ APICOLTURA**

|  |
| --- |
| Cognome e Nome |
| nato a | il |
| Codice fiscale | Partita IVA |
| Indirizzo tel |
| Comune CAP prov |
| Sede legale / aziendale (se diversa dal domicilio) Comune |
| Fraz. / via | n. |
| In qualità di proprietario (SI / NO) legale rappresentante (SI / NO) dell’azienda apistica denominata  |
| Codice Univoco Identificativo  |
| Data cessazione attività apicoltura ………. / ………. / ……………….. |

Dichiara, altresì, di essere informato che, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e D.Lgs. n .196/03 novellato dal D.Lgs. n.101/18, i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell’ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa e di acconsentire al trattamento degli stessi da parte di ATS.

Letto, confermato e sottoscritto.

Luogo ………………………………… Data ………………………………………………………….

 Firma ………………………………………………………….