AL DIRETTORE DEL DISTRETTO VETERINARIO

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

CAP\_\_\_\_\_\_\_\_\_CITTA’

OGGETTO: Comunicazione del Veterinario reponsabile del Piano nazionale di controllo della Malattia di Aujeszky

Il sottoscritto Cognome………………………………….Nome………………………………………..

In qualtà di Proprietario Detentore

Dell’allevamento (ragione sociale) …………………………………………………………………………………

Codice aziendale

Sito nel comune ……………………………………………………………………………………….

Via/Località ……………………………………………………………………………………….

Telefono/mail ……………………………………………………………………………………….

Dichiara di avvalersi per le attività previste dal Piano in oggetto, del

Dr ……………………………………………………….. N. ……….. iscrizione all’Albo della Provincia di ………………………………… residente in ……………………………… Via ……………………….……………..

Indirizzo mail …………………………………………………………….tel/cell. ……………………………………..

CF ………………………………………….

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.

Data/luogo ………………………………………..

L’Allevatore il Veterinario

(firma) (timbro e firma)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_