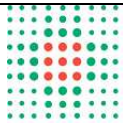




Modello A4



Marca da bollo

 <p>SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA Azienda Unità Sanitaria Locale di Rimini</p>	<p>Timbro protocollo ufficio ricevente</p>	<p>DATA</p>
--	---	--------------------

Al Dipartimento
dell'Azienda AUSL di

RIMINI da inoltrare telematicamente a
comune.sangiovanniinmarignano@legalmail.it

Oggetto: **Richiesta assegnazione numero di identificazione ai sensi dell'articolo 17, comma 1, lettera C, del regolamento (CE) 767/2009.**

Il sottoscritto/a

Cognome _____ Nome _____
Codice fiscale _____ telefono _____ fax _____
data di nascita _____ cittadinanza _____ Sesso M F
Domicilio elettronico (e-mail/PEC) _____ @ _____
Luogo di nascita: stato _____ provincia _____ comune _____
Via/ Piazza _____ N. _____ CAP _____

nella sua qualità di:

Titolare dell'omonima impresa individuale:

Partita I.V.A. (se già iscritto): _____
con sede legale nel Comune di _____ Provincia _____
Via/ Piazza _____ N. _____ CAP _____
Tel _____
N. d'iscrizione al Registro Imprese (se già iscritto) _____
CCIAA di _____

Legale rappresentante della Società/Ente:

Denominazione o ragione sociale _____
Codice fiscale _____ Partita I.V.A. (se diversa da C.F.): _____
Domicilio elettronico (e-mail/PEC) _____ @ _____
con sede legale nel Comune di _____ Provincia _____
Via/ Piazza _____ N. _____ CAP _____
Tel _____
N. d'iscrizione al Registro Imprese (se già iscritto) _____
CCIAA di _____

CHIEDE

l'attribuzione del numero di identificazione conforme al formato di cui all'All. V, capo II del Regolamento (CE) n. 183/2005 per la seguente attività (barrare le voci che interessano):

- Produttore di mangimi composti conto terzi
- Operatore del settore dei mangimi importatore

Il sottoscritto dichiara di essere informato ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 del Dlgs 196/03 che i dati personali raccolti, anche con strumenti informatici, saranno trattati esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale viene inoltrata la presente notifica.

DATA _____

FIRMA _____

- **ALLEGARE**: Attestazione dell'avvenuto versamento – *da scansionare in file PDF* - di € 20 (Tariffario delle prestazioni AUSL, Del. Assembleare n.69/11), da effettuare con le seguenti modalità: **C/C postale n.10970473**, intestato a Azienda **U.S.L. Rimini – Servizio Tesoreria** oppure **IBAN n.IT80J0628524202T20020002218**, intestato a Azienda **U.S.L. Rimini presso Carim Rimini**. In entrambi i casi **è indispensabile** indicare nella causale di versamento **DELIBERA RER n.69 del 22.12.2011.**