

REVOCA RESPONSABILE VETERINARIO SCORTE

ASL TO3
Al Direttore Servizio
Veterinario Area Igiene
degli Allevamenti
e delle Produzioni Zootecniche

Sede di _____

Il sottoscritto/a

(nome) _____ (cognome) _____

nato/a il _____ a _____ prov. _____ stato di nascita _____

nazionalità _____ codice fiscale/P.I. _____

residente a _____ prov. _____ CAP _____ via _____ n. _____

telefono (fisso o mobile) _____ e-mail (facoltativa) _____

in qualità di

Medico Veterinario regolarmente iscritto all'Ordine professionale dei Medici Veterinari della Provincia
di _____ n°. iscrizione _____

CHIEDE

la revoca dell'impegno in precedenza assunto a custodire le scorte dei medicinali veterinari D.L.gs. n. 193/06 – art. 80 (ex D. L.gs. 119/92 art. 34), presso l'allevamento

_____ sito in _____

Cod. Az., _____ con decorrenza dal _____

Distinti saluti

FIRMA VETERINARIO _____

_____ Li _____ FIRMA ALLEVATORE _____

INFORMATIVA AI SENSI DELL'ART. 13 DEL D. Lgs. 196/2003 ("PRIVACY"): "Dichiara in ultimo di essere informato/a che i suoi dati personali saranno trattati in conformità al D.Lgs 196/2003 ss.m.i dall'ASL CN1 esclusivamente ai fini del presente procedimento e che potrà reperire ulteriori informazioni sulle modalità di utilizzo degli stessi sul sito internet aziendale nonché presentando richiesta all'Ufficio Relazioni con il Pubblico