

**RICHIESTA DI RECESSO DAL SISTEMA DI CONTROLLO**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_

nella sua qualità di titolare/legale rappresentante \_\_\_\_\_

della Ditta \_\_\_\_\_  
(ragione o denominazione sociale)con insediamento produttivo in \_\_\_\_\_  
(via, numero civico, CAP, località e provincia)con sede legale in \_\_\_\_\_  
(via, numero civico, CAP, località e provincia)P. IVA 

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

Codifica sanitaria (ASL) \_\_\_\_\_

riconosciuta nel Sistema dei Controlli dell'**IGP "AGNELLO DI SARDEGNA"** in qualità di:

- ☐ Allevamento
- ☐ Intermediario
- ☐ Macello
- ☐ Committente
- ☐ Laboratorio di sezionamento/confezionamento

**DICHIARA**

di cessare l'attività in data \_\_\_\_\_

**e CHIEDE****l'esclusione della sopracitata Ditta dal Sistema dei controlli dell'IGP Agnello di Sardegna.**A tal scopo **ALLEGA**

copia di un proprio documento di identità.

|                |        |                  |
|----------------|--------|------------------|
| _____ il _____ | _____  | _____            |
| (località)     | (data) | (timbro e firma) |