ALLEGATO n. 16

Spettabile
IFCQ CERTIFICAZIONI S.R.L.
posta elettronica: allevamenti@portalerift.it

Oggetto: **richiesta delle misure di regolarizzazione delle operazioni di timbratura dei suini**

Il/la sottoscritto/a _____ (1)

nella sua qualità di titolare/legale rappresentante _____ (2)

della Ditta: _____
(ragione o denominazione sociale)

con sede in _____
(via, numero civico, CAP, località e provincia dell'insediamento produttivo)

con sede legale in _____
(via, numero civico, CAP, località e provincia)

Codice di riconoscimento filiera tutelata:

_____

Codice Fiscale | | | | | | | | | | | | | | | | |

P. IVA | | | | | | | | | | | |

CUAA | | | | | | | | | | | | | | | | |

Codifica sanitaria (ASL) _____

Numero di telefono _____ Numero di fax _____

Indirizzo di posta elettronica _____

Indirizzo di posta certificata (PEC) _____

CHIEDE l'esecuzione di misure di regolarizzazione delle operazioni di timbratura dei suini relative all'esecuzione di errori materiali di apposizione o alla visibilità dei seguenti tatuaggi:

I suini da inviare alla macellazione sono così suddivisi per partite (1 partita = 1 AM):

- PARTITA 1, n. _____ suini recanti il/i seguente/i tatuaggio di origine: _____
- PARTITA 2, n. _____ suini recanti il/i seguente/i tatuaggio di origine: _____
- PARTITA 3, n. _____ suini recanti il/i seguente/i tatuaggio di origine: _____
- PARTITA 4, n. _____ suini recanti il/i seguente/i tatuaggio di origine: _____

- PARTITA 5, n. _____ suini recanti il/i seguente/i tatuaggio di origine: _____
- PARTITA 6, n. _____ suini recanti il/i seguente/i tatuaggio di origine: _____

costituenti tutti altrettante partite omogenee da certificare con AM per l'invio al Macello:

_____
(Ragione o denominazione sociale)

con sede in _____
(Via, numero civico, località o frazione, comune e provincia)

Località e data _____|

|_____|
(Timbro e firma)

Il Macello, vista la richiesta, conferma che le misure di regolarizzazione potranno avere luogo come segue:

Partita 1 data _____ ore _____ Partita 2 data _____ ore _____

Partita 3 data _____ ore _____ Partita 4 data _____ ore _____

Partita 5 data _____ ore _____ Partita 6 data _____ ore _____

Località e data _____|

|_____|
(Timbro e firma)

Note:
(1) nome e cognome del sottoscrittore
(2) qualifica del sottoscrittore, che definisce i poteri di rappresentanza del richiedente