

Spettabile  
**IFCQ CERTIFICAZIONI S.R.L.**  
posta elettronica: [allevamenti@portalerift.it](mailto: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 di 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 con i seguenti codice di origine e lettera-mese: \_\_\_\_\_
- PARTITA 2, n. \_\_\_\_\_ suini con i seguenti codice di origine e lettera-mese: \_\_\_\_\_
- PARTITA 3, n. \_\_\_\_\_ suini con i seguenti codice di origine e lettera-mese: \_\_\_\_\_
- PARTITA 4, n. \_\_\_\_\_ suini con i seguenti codice di origine e lettera-mese: \_\_\_\_\_

- PARTITA 5, n. \_\_\_\_\_ suini con i seguenti codice di origine e lettera-mese: \_\_\_\_\_
- PARTITA 6, n. \_\_\_\_\_ suini con i seguenti codice di origine e lettera-mese: \_\_\_\_\_

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