



Distretto di:

Comunicazione cessazione attività di allevamento

Il sottoscritto:

Cognome _____ Nome _____

Nato a _____ prov. _____ il _____ e residente in

Via _____ n° _____ Comune _____ Prov. _____ Cap _____

Tel. _____ C.F. _____

In qualità di legale rappresentante / Titolare / delegato della ditta identificata con:

- Denominazione _____
- CUAA/identificativo fiscale _____
- codice di allevamento _____ / _____ / _____

comunica

di aver cessato l'attività presso l'azienda di cui sopra a far data dal _____

e che nella stessa non esistono più animali di sua proprietà.

Le marche auricolari eventualmente presenti ☐ vengono consegnate al Distretto Veterinario ☐ sono dichiarate smarrite.**Informativa privacy ai sensi del Regolamento 679/2016/UE**

Si comunica che tutti i dati personali (comuni identificativi, sensibili e/o giudiziari) comunicati al Agenzia di Tutela della Salute della Val Padana saranno trattati esclusivamente per finalità istituzionali nel rispetto delle prescrizioni previste Regolamento 679/2016/UE.

Il trattamento dei dati personali avviene utilizzando strumenti e supporti sia cartacei che informatici.

Il Titolare del trattamento dei dati personali è il Agenzia di Tutela della Salute della Val Padana.

L'Interessato può esercitare i diritti previsti dagli articoli 15, 16, 17, 18, 20, 21 e 22 del Regolamento 679/2016/UE.

L'informativa completa redatta ai sensi degli articoli 13 e 14 del Regolamento 679/2016/UE è reperibile presso gli uffici aziendali e consultabile sul sito web dell'ente all'indirizzo <http://www.ats-valpadana.it>.

Il Data Protection Officer/Responsabile della Protezione dei dati individuato dall'ente è il seguente soggetto:

DPO	P.IVA	Via/Piazza	CAP	Comune	Nominativo del DPO
LTA S.r.l.	14243311009	Vicolo delle Palle, 25	00186	Roma	RECUPERO LUIGI

Firma legale rappresentante / Titolare / delegato _____

Luogo _____ data _____

N.B. allegare copia del documento d'identità del firmatario