

AL SERVIZIO VETERINARIO AREA B ASL RM/4 DISTRETTO 4

RICHIESTA DI MACELLAZIONE A DOMICILIO DI SUINI PER AUTOCONSUMO

IL SOTTOSCRITTO _____

NATO A _____ IL _____

E RESIDENTE A _____

IN VIA _____ N° _____ TEL _____

COD. FISCALE/P.IVA _____ PRESA VISIONE DELL'ORDINANZA

DEL SINDACO N° _____ DEL _____ CHIEDE DI MACELLARE IL GIORNO

_____ ALLE ORE _____ PRESSO IL PROPRIO DOMICILIO/LA PROPRIA

AZIENDA SITA IN _____ N° _____ SUIN __ PER

L'ESCLUSIVO AUTOCONSUMO NEL RISPETTO DELLE NORME VIGENTI.

SI ALLEGA N° 1 RICEVUTA CUP.

CON OSSERVANZA

_____, lì _____

(LUOGO E DATA)

(FIRMA)