Allegato E

Marca da Bollo

All.'Azienda Sanitaria n. .....
.....
.....

Oggetto: istanza di OMOLOGAZIONE, ai sensi del regolamento (CE) 1/2005.

Il sottoscritto.....

nato a .....il.....in qualità di

Titolare/Legale rappresentante della Ditta.....

Ragione Sociale.....

Codice fiscale |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| partita I.V.A. |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Con sede legale e/o amministrativa sita in Via .....

C.A.P. |_|_|_|_|_| località.....prov. |_|_|

Telefono.....Fax.....e-mail.....

Sede operativa sita in (indicare solo se diversa dalla sede legale e/o amministrativa)

Indirizzo.....

C.A.P. |_|_|_|_|_| località.....prov. |_|_|

Telefono.....Fax.....e-mail.....

l'autorimessa di cui si avvale per le operazioni di lavaggio e disinfezione degli automezzi è sita

in.....Via.....

è provvista di attrezzature idonee per le operazioni di lavaggio e disinfezione degli automezzi compresa concimaia per la raccolta del letame e vasca a tenuta per la raccolta delle acque reflue, di procedure scritte di tali operazioni ovvero di servirsi di un punto di lavaggio autorizzato sito

in.....Via.....

del quale si allega l'autorizzazione all'uso,

CHIEDE

in quanto effettua viaggi di durata superiore alle 8 ore, ai sensi dell'articolo 18, comma 2 del Reg. (CE) 1/2005 l'omologazione del veicolo* targato.....

Marca.....Tipo.....per il trasporto delle seguenti specie/categorie animali:

□ bovini adulti	□ vitelli	□ ovini	□ agnelli
□ caprini	□ capretti	□ suini	□ suinetti
□ equini	□ tacchini	□ galline ovaiole	□ broilers
□ conigli	□ altro (specificare).....		

** indicare le caratteristiche e generalità di ogni mezzo, qualora si faccia domanda di omologazione per più mezzi*

a tal fine, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 26 ella legge 4 gennaio 1968 n. 15, per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci ivi indicate (artt. 482, 483, 489, 495 e 496 CP), nonché della sanzione della decadenza dai benefici conseguiti a seguito di un provvedimento adottato in base ad una dichiarazione rivelatasi successivamente mendace,

DICHIARA

che l' automezzo, autoveicolo e/o rimorchio* targato.....:

- soddisfa i requisiti previsti dall'Allegato I Capo II e VI del regolamento CE 1/2005, per il trasporto di equidi domestici, ad eccezione degli equidi registrati, e di animali domestici della specie bovina, caprina, ovina, suina, ovvero al Capo II ed ai requisiti aggiuntivi riportati al Capo V punto 2.1 per pollame, uccelli domestici e conigli, e Capo V punto 2.2 per cani e gatti, Capo III, punto 2.7 del regolamento per altri mammiferi ed uccelli, in particolare:
- ha le seguenti dimensioni interne in m^2:

	1 PIANO	2 PIANO	3 PIANO	4 PIANO	TOTALE
SUPERFICE					
ALTEZZA					

- ha un serbatoio dell'acqua per l'abbeverata degli animali di litri... ....

□ è dotato di sistema di navigazione in quanto immatricolato dopo il 01/01/2007

□ non è dotato di sistema di navigazione in quanto immatricolato prima del 01/01/2007 e sarà dotato di un sistema di navigazione idoneo entro il 01 gennaio 2009.

- è dotato di n..... sensori per il controllo e la registrazione della temperatura, così localizzati:.....
- non è oggetto di domanda di omologazione presso un'altra autorità competente nello stesso o in un altro Stato Membro

Al tal fine

ALLEGA

□ copia della carta di circolazione rilasciata dalla M.C.T.C.

□ dichiarazione di conformità del sistema di ventilazione al paragrafo 3.2 del CapoVI, Allegato I, del Reg. (CE) 1/2005.

Firma

Lì..... .....

** indicare le caratteristiche e generalità di ogni mezzo, qualora si faccia domanda di omologazione per più mezzi*

SISTEMA SANITARIO REGIONALE
ASL
RIETI

REGIONE
LAZIO

Trattamento dei dati personali

Il/La sottoscritt..... nat ... a ..... il ..... e residente in ..... Via ..... n° ..... tel. .....

Ai sensi del Regolamento 2016/679/UE, dichiara di essere consapevole che i suoi dati personali, acquisiti tramite il presente modulo, saranno trattati dalla ASL di Rieti, titolare del trattamento, con l'ausilio di mezzi elettronici e cartacei per finalità riguardanti l'esecuzione degli obblighi derivanti dalla sottoscrizione del presente richiesta e per finalità statistiche e non saranno diffusi o comunicati a terzi. I dati saranno conservati sino al completamento delle attività connesse alla prestazione richiesta incluse quelle amministrative. In qualsiasi momento, con una comunicazione trasmessa alla Asl Rieti – Via del Terminillo 42, 02100 Rieti anche per il tramite del Responsabile Protezione Dati raggiungibile all'indirizzo : dpo@asl.rieti.it , potrà esercitare i diritti di cui agli artt. 15 e ss. del Regolamento fra i quali quello di accedere ai dati, chiederne la rettifica o la cancellazione nei casi previsti per legge. Gli interessati che ritengono che il trattamento dei dati personali a loro riferiti effettuato in riferimento a quanto indicato nella presente informativa avvenga in violazione di quanto previsto dal Regolamento hanno il diritto di proporre reclamo al Garante per la protezione dati personali, come previsto dall'art. 77 del Regolamento stesso, o di adire le opportune sedi giudiziarie (art. 79 del Regolamento).

HO LETTO E COMPRESO L'INFORMATIVA CHE PRECEDE

Data .....

Firma .....