

## ALLEGATO D2

RICHIESTA NULLA OSTA DA PARTE DI AZIENDA ZOOTECNICA DESTINATARIA DI PRODOTTI LATTIERO-CASEARI  
AI SENSI DEL REG. UE 142/2011 ALLEGATO X, CAPO II, SEZIONE 4, PARTE II

Al Servizio Veterinario dell'Azienda Usl \_\_\_\_\_

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ in qualità di \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ della Azienda zootecnica \_\_\_\_\_  
con sede legale sita nel Comune di \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ Via  
\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_  
PEC \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

per il proprio allevamento sito nel Comune di \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_, codice aziendale \_\_\_\_\_

**il nullaosta in qualità di Azienda Zootecnica utilizzatrice per esclusivo autoconsumo del/i seguente/i  
prodotto/i**

PRODOTTI TIPOLOGIA 1 \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

PRODOTTI TIPOLOGIA 2 \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

PRODOTTI TIPOLOGIA 3 \_\_\_\_\_

Il sottoscritto inoltre DICHIARA :

a) di fornirsi dalla seguente Ditta:

Tipo prodotto	Ragione sociale	Via/loc.	Comune	Prov.	Numero ric. CE

b) di avvalersi delle seguenti modalità di trasporto:

- mezzo proprio
- mezzo del fornitore
- conto terzi (Rag. Sociale, indirizzo) \_\_\_\_\_

c) di impiegare per l'eventuale conservazione in allevamento:

- silos
- vasca
- cella frigorifera
- altro \_\_\_\_\_

d) il/i prodotto/i sopra elencato/i è/sono destinato/i all'alimentazione di:

Tipo prodotto	Specie	categoria

e) il prodotto che eventualmente residua viene smaltito nel modo seguente: \_\_\_\_\_

Solo per i prodotti di tipologia 3:

f) di rispettare le condizioni di cui alla nota ministeriale prot. 30657-P del 26.09.2011

Si impegna a comunicare al Servizio Veterinario dell'ASL qualsiasi variazione intervenuta rispetto alla presente domanda .

DICHIARA - di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui all'art.10 del D.Lgs 196/2003, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale viene presentata la presente domanda.

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

## 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](mailto: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 .....