

FAC-SIMILE  
ALLEGATO 1Al Servizio Veterinario Area \_\_\_\_  
dell'ASL \_\_\_\_\_

OGGETTO: COMUNICAZIONE PER IL CONFERIMENTO DI LATTE O PRODOTTI DERIVATI AD ALLEVAMENTI, DA PARTE DI IMPIANTO RICONOSCIUTO AI SENSI DEL REG. CE/853/2004 O REGISTRATO AI SENSI DEL REG. CE/852/2004 (AI SENSI DELL'ALLEGATO X, CAPO II, SEZIONE 4, PARTE II DEL REG. (UE) 142/2011)

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ in qualità di \_\_\_\_\_  
della Ditta \_\_\_\_\_  
con sede legale nel Comune di \_\_\_\_\_  
Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

**COMUNICA**

che il proprio impianto sito nel Comune di \_\_\_\_\_  
Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_, già registrato ai sensi  
del Reg. CE/852/2004 o riconosciuto CE/853/2004 ed in possesso del numero di  
riconoscimento \_\_\_\_\_ fornisce come materie prime per mangimi il/i seguente/i  
prodotto/i, così come definito/i dal Reg.(UE) 142/2011 e dalla nota ministeriale applicativa:

1. PRODOTTI TIPOLOGIA 1 \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
2. PRODOTTI TIPOLOGIA 2 \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
3. PRODOTTI TIPOLOGIA 3 \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Dichiara che il/i prodotto/i sopra elencato/i è/sono destinato/i alla/e azienda/e indicate nell'allegato 1/A, parte integrante della presente comunicazione.  
Si impegna a comunicare al Servizio Veterinario dell'ASL qualsiasi variazione intervenuta rispetto alla presente comunicazione.

DICHIARA infine di essere informato ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 10 de la legge 675/96, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale viene presentata la presente comunicazione.

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

ALLEGATO I/A

ALLEGATO ALLA COMUNICAZIONE DELLA DITTA

Elenco aziende/impianti destinatari dei prodotti (Tipologia 1, Tipologia 2 e Tipologia 3)

Tipo prodotto	Ragione sociale	Via/loc.	Comune	Prov.	Cod. az./n. identificazione (*)	Nulla Osta rilasciato da	Nulla Osta rilasciato il

(\*) mangimifici o impianti di magazzinaggio (solo per Tipologia 1)

## 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 .....