**AL SERVIZIO DI SANITA’ ANIMALE ASP DI RAGUSA**

**UFFICIO VETERINARIO DEL DISTRETTO DI \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**MOD. 1**

**OGGETTO: Indennizzo in applicazione dell' art.2 della Legge 23/01/1968 n°33.**

Il Sottoscritto \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ C. F. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

nato a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in via

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

in qualità di (contrassegnare la voce che interessa):

* proprietario dell’allevamento (1)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ registrato con codice AZ. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Responsabile Legale della Società\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

proprietaria dell’allevamento (1) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ codice AZ. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* Socio della Società Semplice \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

proprietaria dell’allevamento (1) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_codice AZ\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* Altro \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**CHIEDE**

che, ove spettante, il pagamento dell’indennizzo previsto per l’abbattimento di n. \_\_\_\_ capi della specie

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ risultati positivi per BRUCELLOSI/TUBERCOLOSI/LEUCOSI nella prova del

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ venga effettuato (contrassegnare con una X)

* in contanti presso il tesoriere (solo per importi inferiori a 1.000 Euro)
* mediante accredito sul seguente conto corrente:

codice IBAN \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

intestato a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(2)

c/o la Banca \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ agenzia di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

\_l\_ sottoscritto informato ai sensi dell’ art. 13 del D. Lvo 196/2003 sui propri diritti nei confronti del trattamento dei dati personali e preso atto che il trattamento verrà effettuato nei limiti posti dalla legge, inclusi i profili inerenti la salvaguardia della loro riservatezza,

esprime

il proprio consenso al trattamento dei dati personali che lo riguardano da parte dell'Azienda Sanitaria provinciale di Ragusa.

Si allega copia del documento di riconoscimento.

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** lì\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(a) F.to \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(1) indicare la specie

(2) il conto corrente deve essere intestato al proprietario richiedente o ad altro proprietario cui viene rilasciata delega

==================================================================================

*Riservata all’'ufficio:*

*\*Documento allegato alla proposta di atto deliberativo*

*prot.n.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ .*

*IL Direttore Serv. San. Animale*

*(Dott. G. Blandino)*

**AZIENDA UNITA' SANITARIA PROVINCIALE DI RAGUSA**

AREA DIPARTIMENTALE DI SANITA’ PUBBLICA VETERINARIA

*SERVIZIO DI SANITA’ ANIMALE*

**“***DICHIARAZIONE SULLA RISERVATEZZA. INFORMATIVA ART.13 D.LGS.196/2003 - Si rende noto che l’AUSL 7 di Ragusa, titolare del trattamento, tratta i dati personali da Lei forniti con modalità anche automatizzate, per le finalità inerenti alla prestazione del servizio richiesto ivi compresa la pubblicazione all’albo di specifico atto deliberativo. Il conferimento dei dati è facoltativo ma necessario per l’esecuzione del servizio richiesto, pertanto il mancato rilascio di tali dati non consentirà di eseguirlo. Tali dati saranno trattati da dipendenti incaricati al trattamento e preposti ai vari settori aziendali e potranno essere comunicati alla Banca Dati Nazionale, in aderenza agli obblighi di legge e per trattamenti funzionali alla richiesta. Lei potrà esercitare i diritti di cui all’art.7 del D.Lgs.196/2003 (aggiornamento, rettificazione, integrazione, cancellazione, ecc.) rivolgendosi all’Azienda Sanitaria Provinciale, P.zza Igea 1 Ragusa, tramite l’Ufficio Relazione con il Pubblico”***.**

**\_l\_ sottoscritto informato ai sensi dell’ art. 13 del D. Lvo 196/2003 sui propri diritti nei confronti del trattamento dei dati personali e preso atto che il trattamento verrà effettuato nei limiti posti dalla legge, inclusi i profili inerenti la salvaguardia della loro riservatezza,**

**esprime**

**il proprio consenso al trattamento dei dati personali che lo riguardano da parte dell'Azienda Sanitaria Provinciale di Ragusa.**

------------------------ lì ---------------------- Il Proprietario

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_