

**AL DIPARTIMENTO DI SANITA' PUBBLICA
AUSL di IMOLA
U.O.C IGIENE VETERINARIA**

Oggetto: DICHIARAZIONE CESSAZIONE ATTIVITA' DI APICOLTURA

<i>Cognome e Nome</i>	
<i>Nato a</i>	<i>Il</i>
<i>Codice fiscale</i>	<i>Partita IVA</i>
<i>Indirizzo</i>	<i>Tel.</i>
<i>Comune</i>	<i>C.A.P. prov.</i>
<i>Sede legale/aziendale (se diversa dal domicilio)</i>	
<i>Fraz./Via</i>	<i>n.</i>
<i>In qualità di <input type="checkbox"/> proprietario <input type="checkbox"/> legale rappresentante</i>	
<i>Dell'azienda apistica denominata</i>	
<i>Codice Univoco Identificativo</i>	
<i>Data cessazione attività apicoltura ___/___/___</i>	

Letto, confermato e sottoscritto.

Luogo _____ data _____ Firma _____