

AL SERVIZIO FITOSANITARIO REGIONALE DI:

 (indirizzo)

PROGRESSIVO RICHIESTA: | |

Spazio riservato all'ufficio competente		1
Prot.		
del		

PASSAPORTO DI SOSTITUZIONE

MODELLI COMPILATI	2
Tot. MODELLI XII/B	

DATI RELATIVI ALLA DITTA RICHIEDENTE

COGNOME O RAGIONE SOCIALE		PARTITA IVA		3
NOME				
DATA DI NASCITA	SESSO	COMUNE DI NASCITA	PROV.	
	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F			
DOMICILIO O SEDE LEGALE Via o località			N. CIVICO	
COMUNE		PROV.	C.A.P.	
TELEFONO	CELLULARE	FAX		
RAPPRESENTANTE LEGALE Cognome e nome		CODICE FISCALE		

CENTRO AZIENDALE

CODICE CENTRO	4	UBICAZIONE Via o località	N. CIVICO	5
COMUNE		PROV.	C.A.P.	
TIPOLOGIA				
<input type="checkbox"/> MAGAZZINO <input type="checkbox"/> AZIENDA DI PRODUZIONE <input type="checkbox"/> CENTRO DI RACCOLTA <input type="checkbox"/> CENTRO DI SPEDIZIONE				

SETTORI DI ATTIVITÀ PER I QUALI SI RICHIEDE L'AUTORIZZAZIONE ALL'USO DEL PASSAPORTO DELLE PIANTE CEE

