



Associazione Italiana Allevatori



Registro Anagrafico Razze Equine ed Asinine a Limitata Diffusione

ai sensi della legge 15 gennaio 1991, n. 30 e DM n. 552 del 12/01/2009

Richiesta di Visita

Spett.le Associazione Allevatori di _____

Riservato all'APA

N° Prot. _____

data ____/____/____

Il sottoscritto:

Proprietario equide			
Cognome Nome o ragione sociale			
Comune o stato estero di nascita			Data di nascita ____/____/____
Codifiscale/P.iva			
Indirizzo		Frazione	Comune
Cap	Prov.	Telefono	Fax
E-mail			
Azienda di visita dell'equide <input type="checkbox"/> visita domiciliare <input type="checkbox"/> rassegna			
Denominazione azienda/proprietario azienda			
via		Frazione	Comune
Cap	Prov.	Telefono	Fax
E-mail		Codice Aziendale rilasciato dalla ASL	

CHIEDE la visita per approvazione stallone iscrizione al Registro Supplementare
dei seguenti soggetti :

Nome:	data di nascita ____/____/____	Sesso <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M
n° passaporto	n. Microchip	
razza:		

Nome:	data di nascita ____/____/____	Sesso <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M
n° passaporto	n. Microchip	
razza:		

Nome:	data di nascita ____/____/____	Sesso <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M
n° passaporto	n. Microchip	
razza:		

Allega copia della ricevuta del bollettino di C/C postale del versamento bancario

attestante l'avvenuto versamento effettuato in data ____/____/____ dell'importo complessivo di Euro _____,00

data ____/____/____ Firma del proprietario _____



Registro Anagrafico Razze Equine ed Asinine a Limitata Diffusione

ai sensi della legge 15 gennaio 1991, n. 30 e DM n. 552 del 12/01/2009

Richiesta di Visita

Spett.le Associazione Allevatori di _____

Riservato all'APA

N° Prot. _____

data ____/____/____

Proprietario equide

Nome:	data di nascita ____/____/____	Sesso <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M
n° passaporto	n. Microchip	
razza:		

Nome:	data di nascita ____/____/____	Sesso <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M
n° passaporto	n. Microchip	
razza:		

Nome:	data di nascita ____/____/____	Sesso <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M
n° passaporto	n. Microchip	
razza:		

Nome:	data di nascita ____/____/____	Sesso <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M
n° passaporto	n. Microchip	
razza:		

Nome:	data di nascita ____/____/____	Sesso <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M
n° passaporto	n. Microchip	
razza:		

Nome:	data di nascita ____/____/____	Sesso <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M
n° passaporto	n. Microchip	
razza:		

Nome:	data di nascita ____/____/____	Sesso <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M
n° passaporto	n. Microchip	
razza:		

data ____/____/____

Firma del proprietario _____