Invio mensile ad Agroqualità
Fax n. 06/54228692

Operatore (ragione sociale) . . . . . Indirizzo. . . . . Tel. . . . . Bollo CE . . . . . .

Attività di sezionamento/confezionamento									
N. identificavo DDT	**Ragione sociale macello di provenienza**	**N. identificativo lotto di macellazione ***	**N. identificativo locali di stoccaggio**	**N. agnelli sezionati come IGP**	**N. agnelli confezionati come IGP**	**N. porzioni (tagli interi o affettati) per agnello prodotto**	**N. agnelli destinati alla IGP scartati**	**N. identificativo lotto di confezionamento**	**Firma responsabile impianto di sezionamento/confezionamento**

Il sottoscritto . . . . . consapevole delle conseguenze civili e penali per chi rende dichiarazioni non veritiere, dichiara sotto la sua responsabilità che le notizie fornite sono complete e conformi al vero.

Località . . . . . data . . . . . timbro e firma del legale rappresentante . . . . . .