

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_ Prov.(\_\_\_\_)  
il \_\_\_\_\_ residente in Via/Piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
Località \_\_\_\_\_ Comune \_\_\_\_\_ Prov.(\_\_\_\_)  
CAP \_\_\_\_\_ telefono \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_ Cell. \_\_\_\_\_  
e-mail: \_\_\_\_\_, in qualità di:

LEGALE RAPPRESENTANTE

PROPRIETARIO

dell'azienda apistica denominata \_\_\_\_\_

con Codice Identificazione Aziendale:

#### DELEGA

**L'ASSOCIAZIONE PRODUTTORI APISTICI TOSCANI (A.R.P.A.T.) alla trasmissione alla Azienda USL di competenza dei dati riguardanti la consistenza e la localizzazione degli apiari**

Luogo:

Data:

Firma: