

|  |  |   |
|--|--|---|
|  <p>REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA<br/>REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA</p> <p>Assessoradu de s'igiene e sanidade e de<br/>s'assistèntzia sotziale</p> <p>Assessorato dell'igiene e sanità e<br/>dell'assistenza sociale</p> |  <p>Ministero della Salute<br/>Dipartimento della Sanità Pubblica Veterinaria<br/>Della Sicurezza Alimentare e degli Organi Collegiali<br/>per la Tutela della Salute<br/>Direzione Generale Della Sanità Animale e dei Farmaci<br/>Veterinari</p> | <h1>ASSL</h1> <p>di _____</p>           |
| <p align="center"><b>Piano Nazionale Alimentazione Animale 2018-2020</b></p>   |  | <p align="center"><b>Allegato 2</b></p> |
| <p align="center"><b>DELEGA ASSISTERE ALLA FORMAZIONE DEI CAMPIONI FINALI DAL CAMPIONE/I GLOBALE/I</b></p>   |  |   |

|   |      |       |  |          |         |                            |  |  |  |
|---|------|-------|--|----------|---------|----------------------------|--|--|--|
| <p><b>All'I.Z.S. di</b></p>   |      |       |  |          |         |                            |  |  |  |
| Il/la sottoscritto/a.   | NOME |       |  |          | COGNOME |                            |  |  |  |
| Nato/a  |      | Prov. |  | II       |         |                            |  |  |  |
| Residente a   |      | Prov. |  |          |         |                            |  |  |  |
| Via/Piazza  |      | Nr.   |  |          |         |                            |  |  |  |
| In qualità di Autorità Competente in servizio presso la ASL/PIF di  |      |       |  |          |         |                            |  |  |  |
| <b>DELEGA</b>   |      |       |  |          |         |                            |  |  |  |
| Il/la Dr./Dr.ssa.   | NOME |       |  |          | COGNOME |                            |  |  |  |
| Nato/a  |      | Prov. |  | II       |         |                            |  |  |  |
| Residente a   |      | Prov. |  |          |         |                            |  |  |  |
| Via/Piazza  |      | Nr.   |  |          |         |                            |  |  |  |
| Anch'esso/a dipendente della ASSL/PIF di  |      |       |  |          |         |                            |  |  |  |
| ad agire per conto del sottoscritto per la formazione dei Campioni Finali dal Campione/i Globale/i di mangime di cui al |      |       |  |          |         |                            |  |  |  |
| verbale di prelevamento nr.   |      | del   |  |          |         | prelevato da me medesimo/a |  |  |  |
| che verrà effettuata presso   |      |       |  |          |         |                            |  |  |  |
| in data   |      |       |  | alle ore |         |                            |  |  |  |

|                     |  |  |  |                                      |  |
|---------------------|--|--|--|--------------------------------------|--|
| <b>LUOGO E DATA</b> |  |  |  | <b>FIRMA LEGGIBILE DEL DELEGANTE</b> |  |
|                     |  |  |  |                                      |  |

Allegato: fotocopia di un documento di riconoscimento del delegante