

Al Direttore Generale dell' ATS Milano Città Metropolitana
SC Sanità Animale
Distretto Veterinario

Oggetto: Richiesta di abilitazione all'accesso all'AAA per la registrazione delle vaccinazioni antirabbiche ai sensi del DDUO n. 1874 del 02.03.2010

Il sottoscritto Dr.

Nato a _____ prov. _____ il / / _____

codice fiscale _____ partita IVA _____

Residente a _____

Indirizzo _____

cap. _____ Città _____ prov. _____

Telefono _____ Fax _____

e-mail _____ cell. _____

iscritto all'albo professionale dei Medici Veterinari dell'Ordine di _____ con n. _____
Se operante presso Struttura Sanitaria Veterinaria indicare quale:

Ragione sociale _____

Indirizzo _____

cap. _____ Città _____ prov. _____

Telefono _____ Fax _____

e-mail _____

ai sensi del DDUO n. 1874 del 02.03.2010

CHIEDE

L'abilitazione all'accesso all'AAA per la registrazione delle vaccinazioni antirabbiche

ALLEGA la seguente documentazione

- fotocopia della carta di identità del richiedente
(solo se la domanda è presentata da persona diversa dal richiedente)
- autocertificazione di iscrizione all'albo dei medici veterinari

Città _____ li, / / _____

In fede _____