

DOMANDA CONCESSIONE AFFISSO

MODULO TIPO "A"

(da compilare solo in caso di richiesta di affisso individuale)

Spett. Associazione Culturale Cani da Presa

Il/La sottoscritt_____

Codice fiscale o Partita IVA nel caso di persona giuridica _____

residente in _____ Prov. _____ Cap. _____

via _____ tel./ cell. _____

fax _____ e-mail _____

(a conoscenza del regolamento ACCP per gli affissi, in vigore dal 2 gennaio 2014) chiede la concessione in uso esclusivo del nome indicato qui di seguito come affisso per il proprio allevamento di cani appartenenti a razze tutelate da ACCP.

Indicare qui di seguito, nome e posizione scelta per il proprio affisso:

PREFISSO (quando precede il nome del cane) _____

SUFFISSO (quando segue il nome del cane) _____

Nel caso in cui il nome proposto sia già stato registrato presso l'ACCP, sarete contattati per una scelta in alternativa.

Il/La sottoscritt_____ dichiara di essere proprietari_____ delle seguenti femmine/ fattrici della stessa razza, iscritte all'ACCP:

nome	razza	n. pedigree ACCP
_____	_____	_____
_____	_____	_____

- di non aver subito condanne o di non aver procedimenti in corso per reati a tutela del sentimento per gli animali in merito all'attività di allevamento svolta o al commercio di cani;
- di aver sottoscritto il codice etico degli allevatori ACCP;
- di essere residente in Italia.

Dichiara inoltre che l'allevamento ha sede in via _____

Cap. _____ Prov. _____ Città _____

Documenti allegati

°certificato di residenza o analoga autocertificazione corredata da fotocopia del documento di identità;

°copia visura camerale (se il richiedente è persona giuridica);

°codice etico sottoscritto degli allevatori ACCP;

°importo di euro 350,00 per l'ottenimento dell'affisso individuale da inviare mediante bonifico bancario alle coordinate di seguito riportate:

conto corrente intestato a Associazione Culturale Cani da Presa
c/o Unicredit Banca
IBAN: IT 47 W 02008 44440 000102428426

Data _____ Firma del richiedente _____

(in caso di persona giuridica timbro della società e firma del responsabile legale)

Il/La sottoscritt_____ dichiara di autorizzare l'ACCP al trattamento dei propri dati nel rispetto del DL 196/03 e successive modifiche e integrazioni.

Data _____ Firma _____