

| | | |
|--------------------|--|---|
| AGROQUALITÀ | Richiesta prove conformità Abbacchio Romano IGP | MDC7 Abbacchio Rev. 00 del 03/03/20 |
|--------------------|--|---|

Il Richiedente _____
(Riportare la Ragione Sociale)

con sede in _____ Comune _____
(Riportare l'indirizzo completo)

n° Tel _____ n° Fax _____

a mezzo del Legale Rappresentante _____
(Riportare nome e cognome)

COMUNICA CHE

inizierà le attività di macellazione e marchiatura in data _____

presso lo stabilimento _____

ubicato in _____

e che intende marchiare ad IGP nella campagna _____ numero di capi _____ (dato previsionale)

e pertanto in conformità alle prescrizioni del Dispositivo per il Controllo della denominazione
Abbacchio Romano

RICHIEDE AD AGROQUALITÀ

che venga effettuato presso lo stabilimento segnalato il controllo sul prodotto ad IGP.

_____ il _____
(Località) (data)

(Timbro e Firma del Legale Rappresentante)