Agris Sardegna
Autorità di Controllo DOP e IGP
Viale Adua, 2/c
07100 SASSARI
Fax: 079 2831 555
Mail: direzione@agrisricerca.it

Il/la sottoscritto/a _____
(cognome) (nome)

Codice fiscale _____ in qualità di Titolare/Legale Rappresentante della Ditta

nato a_____(_____) il _____/_____/_____
(luogo) (prov.) (data)

residente a_____(_____) in Via_____n. _____
(luogo) (prov.) (indirizzo)

codice fiscale _____ in qualità di Titolare / Legale Rappresentante della Ditta

_____ CF/P.IVA _____
(ragione sociale)

telefono _____ cellulare _____ email _____

## DICHIARA

di voler recedere dal sistema dei controlli della **DOP Fiore Sardo** e chiede, pertanto, la cancellazione dall'Elenco degli Allevatori;

……
(luogo, data)

**Il Dichiarante**

……

Allegati: fotocopia documento d'identità del dichiarante.