

Spett.le  
ARMA DEI CARABINIERI  
C.U.T.F.A.A.  
Servizio CITES

Roma, li

**Oggetto: Certificazione CITES - Richiesta di accreditamento Ditta.**

**Dati Legale Rappresentante**

Cognome

Nome

C.F.

E-mail

Telefono

Fax

**CHIEDE la**

(Selezionare la voce di interesse)

**Attivazione**

**Revoca**

della

Ragione sociale

C.F./P.IVA.

E-mail

Indirizzo

Città

Cap.

Telefono

Fax

**Tutti i campi sono da compilare obbligatoriamente**

Data

Timbro e firma del Responsabile

---

**Si allega alla domanda la copia (fronte/retro) di un documento di identità del richiedente.**

**INFORMATIVA AI SENSI DEL D.LGS. 196/2003.**

**I dati personali da Lei forniti verranno trattati dal Servizio CITES esclusivamente per dare riscontro alla sua richiesta.**

**Inoltre con l'autorizzazione sottostante, i dati medesimi potranno essere utilizzati anche allo scopo di informarLa sull'attività del Servizio CITES dell'Arma dei Carabinieri.  Autorizzo  Non Autorizzo**

**In ogni caso, potrà esercitare, ai sensi dell'art.7 della L.196/2003, il diritto di fare aggiornare i dati, integrarli, cancellarli, chiederne il blocco ed opporsi al loro trattamento, scrivendo all'Arma dei Carabinieri – C.U.T.F.A.A – Servizio CITES – Via Giosuè Carducci, 5 – 00187 – Roma Fax: 06 48905507**