A.S.S.A.M.	Piano dei Controlli della **DOP "Oliva Ascolana del Piceno"** Comunicazione Recesso/Cessazione attività/Sospensione volontaria	Mod. 04 Rev. 2 del 06/12/2017

L'azienda _____
(Ragione Sociale)

situata in _____ Comune _____ PV ____
(Indirizzo sede legale)

iscritta nell'Elenco dei Soggetti riconosciuti del prodotto DOP "Oliva Ascolana del Piceno"

come soggetto (ruolo/i) _____

CODICE APC _____

COMUNICA LA PROPRIA VOLONTA' A:

☐ **RECEDERE/CESSARE DALLA FILIERA A PARTIRE DAL (gg/mese/anno)** _____

☐ **SOSPENDERE L'ATTIVITA' dal (gg/mese/anno)**_____ **al** _____ **(gg/mese/anno)**

DICHIARA

(da compilare solo per i soggetti che ricoprono il ruolo di: trasformatore olive in salamoia, trasformatore olive ripiene, confezionatore, intermediario)

alla data di invio della presente, di avere in giacenza i seguenti quantitativi di prodotto.

Tipologia prodotto/ Identificativo lotto	Quantità (kg)
Se gli spazi presenti in tabella non sono sufficienti, è possibile allegare un ulteriore foglio	

Luogo _____ Data _____

Timbro Azienda e Firma del Legale Rappresentante

_____