

Alla ASL3 "Genovese"

S.C. Sanità Animale

**equidi@asl3.liguria.it**

Oggetto: richiesta di rilascio mod.4 informatizzato per la movimentazione EQUIDI

IL SOTTOSCRITTO.....COD.FISC.....

TEL.....EMAIL.....

IN QUALITA' DI PROPRIETARIO/DETENTORE O DELEGATO, RICHIEDO QUANTO IN OGGETTO, A TAL FINE DICHIARO:

**ALLEVAMENTO DI PARTENZA:**                      CODICE.....

DENOMINAZIONE.....

SITO NEL COMUNE.....VIA.....

**IDENTIFICAZIONE DEI CAPI TRASPORTATI:**

1) NOME.....SESSO .....SPECIE.....DATA DI NASCITA.....  
MICROCHIP.....DATA APPLICAZIONE.....  
CODICE UELN.....NUMERO DI PASSAPORTO.....  
COD.FISC.PROPRIETARIO.....DATA COGGINS TEST.....

2) NOME.....SESSO .....SPECIE.....DATA DI NASCITA.....  
MICROCHIP.....DATA APPLICAZIONE.....  
CODICE UELN.....NUMERO DI PASSAPORTO.....  
COD.FISC.PROPRIETARIO.....DATA COGGINS TEST.....

3) NOME.....SESSO .....SPECIE.....DATA DI NASCITA.....  
MICROCHIP.....DATA APPLICAZIONE.....  
CODICE UELN.....NUMERO DI PASSAPORTO.....  
COD.FISC.PROPRIETARIO.....DATA COGGINS TEST.....

4) NOME.....SESSO .....SPECIE.....DATA DI NASCITA.....  
MICROCHIP.....DATA APPLICAZIONE.....  
CODICE UELN.....NUMERO DI PASSAPORTO.....  
COD.FISC.PROPRIETARIO.....DATA COGGINS TEST.....

5) NOME.....SESSO .....SPECIE.....DATA DI NASCITA.....  
MICROCHIP.....DATA APPLICAZIONE.....  
CODICE UELN.....NUMERO DI PASSAPORTO.....  
COD.FISC.PROPRIETARIO.....DATA COGGINS TEST.....

**IN CASO DI NUMERO MAGGIORE DI CAPI ALLEGARE UN ELENCO**

**TIPOLOGIA USCITA VERSO:**

- MACELLO                       STALLA DI SOSTA DA MACELLO

**DESTINAZIONE:**                      **CODICE.....**

DENOMINAZIONE.....

SITO NEL COMUNE.....VIA.....

**E A TAL FINE DICHIARA:**

**GLI ANIMALI SOPRA INDICATI, DESTINATI ALLA MACELLAZIONE:**

- 1)  NON SONO STATI trattati o alimentati con sostanze di cui e' vietato l'impiego
- 2)  Nei 90 giorni precedenti la data odierna                       dalla nascita
- a)  NON SONO STATI                       SONO STATI sottoposti a trattamento con le sostanze di cui agli art.4 e 5, del D.l.vo n.158 del 16 marzo 2006
- b)  NON SONO STATI                       SONO STATI sottoposti a trattamento con i seguenti alimenti medicamentosi
- c)  NON SONO STATI                       SONO STATI sottoposti a trattamento con le seguenti specialità medicinali

In caso di trattamento di cui alla voce 2), i dati relativi a: specialità medicinale veterinaria, data di somministrazione e tempo di sospensione per ciascun animale o partita sono riportati in allegato.

- 3)  NON PRESENTANO                       PRESENTANO sintomi:  
 enterici                       respiratori                       cutanei                       locomotori                       Altro

- 4)  NON SONO STATI                       SONO STATI eseguiti esami di laboratorio pertinenti per la sicurezza alimentare.

In caso di esami di laboratorio pertinenti per la sicurezza alimentare di cui alla voce 4), i dati relativi, per ciascun animale o partita, sono riportati in allegato.

- 5) L'azienda                       HA                       NON HA ricevuto segnalazioni di non conformità dell'ultima partita di animali inviata al macello da parte dei Servizi Veterinari Ufficiali dei macelli relativi a:

Elementi di identificazione                       Rilevazioni ante/post mortem                       Altro

Si allega ulteriore documentazione ai sensi dell'Allegato I, Sez. II del Regolamento (CE) 2074/2005.

- 6) La percentuale di mortalità nell'azienda                       È                       NON È anomala.

Il Veterinario che fornisce assistenza zootecnica all'allevamento è:

il Dott. \_\_\_\_\_ Indirizzo: \_\_\_\_\_

Comune: \_\_\_\_\_ Telefono: \_\_\_\_\_

Numero di Iscrizione all'albo: \_\_\_\_\_

**TRASPORTO CON MEZZO:**

PROPRIO                     DI TRASPORTATORE AUTORIZZATO                     A PIEDI

TRASPORTATORE.....

DITTA RAGIONE SOCIALE.....

SITA IN .....

CONDUCENTE.....

TARGA MOTRICE.....TARGA RIMORCHIO.....

CON AUTORIZZAZIONE AL TRASPORTO DI ANIMALI N°.....

DATA DI PARTENZA..... ORA DI PARTENZA .....

DURATA DEL VIAGGIO.....

IL TRASPORTATORE GARANTISCE CHE GLI ANIMALI SONO TRASPORTATI NEL RISPETTO DELLA VIGENTE NORMATIVA.  
ATTESTA CHE IL MEZZO DI TRASPORTO E' STATO REGOLARMENTE DISINFETTATO AI SENSI DELL'ART. 64 DPR 320/54.

**CHIEDO CHE IL MODELLO 4 MI VENGA INVIATO ALLA EMAIL:**

.....@.....

DATA DELLA RICHIESTA.....

FIRMA

.....

**N.B. IL MODELLO DEVE ESSERE RICHIESTO CON ALMENO UN PREAVVISO DI 5 GIORNI LAVORATIVI  
E DEVE ESSERE COMPILATO INTEGRALMENTE.**