

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.....SESSOSPECIE.....DATA DI NASCITA.....
MICROCHIP.....DATA APPLICAZIONE.....
CODICE UELN.....NUMERO DI PASSAPORTO.....
COD.FISC.PROPRIETARIO.....DATA COGGINS TEST.....

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

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

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

5) NOME.....SESSOSPECIE.....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:

- ALLEVAMENTO
- FIERA/MERCATO
- PASCOLO
- ESCURSIONE/COMPETIZIONE ALL' APERTO

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

DENOMINAZIONE.....

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

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.....EVENTUALE DATA DI RIENTRO.....

ORA DI PARTENZADURATA 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.**