**FAC SIMILE DI PRENOTAZIONE ALLA AUSL DI FERRARA PER LA MOVIMENTAZIONE DI BOVINI O EQUIDI DA VITA E DA MACELLO e CAPI SINGOLI OVICAPRINI DA VITA E DA MACELLO (identificati individualmente)**

Indicare di seguito la modalità con cui verrà ritirata la copia del modello: Mod. n.



direttamente presso la sede



email \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_@\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_



|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Allevamento di origine  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **Denominazione:** |  | **Codice aziendale:** |  | | **Telefono:** |  | | **Codice Fiscale:** |  | **Specie allevata:** |  | |
| Tipologia Uscita  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | | **Allevamento \*** | **Macello** | **Fiera/Mercato** | **Pascolo** | **Escursione/Competizione all'aperto** | | **\*Allevamento/Stalla di sosta/Altro** | | **Data di uscita prevista:** | | | |
| |  |  | | --- | --- | | **Comune escursione/competizione all'aperto**  **Comune** | **Dettaglio destinazione**  **Descrizione percorso** | |
| Macello di destinazione  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | **Regione:** |  | **Codice macello:** |  | **Denominazione:** |  | |

# Allevamento di destinazione

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Codice Aziendale**: |  | **Denominazione:** |  | |  |
| **IDENTIFICAZIONE DEI CAPI Codice – marca auricolare - microchip** | | | | | |
|  | |  | | | |
|  | |  | | | |
|  | |  | | | |
| Trasporto | | | | |  |
| **I capi riportati in allegato sono trasportati da (nome, cognome)** | | | | |  |
| **conducente dell'automezzo: targa motrice** | | | | |  |
| **con autorizzazione al trasporto di animali (nei casi previsti) n.** | | | | |  |
| **alla ditta con ragione sociale sita in** | | | | |  |
| Il trasportatore Garantisce che gli animali sono trasportati nel rispetto della vigente normativa | | | | |  |
| Attesta che il mezzo di trasporto è stato regolarmente disinfettato (ai sensi dell'art. 64 del DPR 320/54) | | | | |  |
| Data: ora partenza: , durata prevista del viaggio: . | | | | |  |
| [Sezione dichiarazioni per il macello e informazioni sulla catena alimentare (I.C.A.)](javascript:abilita_modello_ica()) | | | | |  |
| |  | | --- | | **La compilazione della dichiarazione é obbligatoria se la destinazione é macello o stalla di sosta da macello e deve essere compilata in tutte le sue parti.** | | **Il sottoscritto in quanto proprietario/detentore dei capi sopraelencati dichiara inoltre che gli animali 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 seguenti sostanze di cui agli art.4 e 5, del D.l.vo 16 marzo 2006, n.158** | | | |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | |  | **b)** | **NON SONO STATI** |  | **SONO STATI sottoposti a trattamento con i seguenti alimenti: ALLEGARE FOGLIO TRATTAMENTI** | | | |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | |  | **c)** | **NON SONO STATI** |  | **SONO STATI sottoposti a trattamento con le seguenti specialità: ALLEGARE FOGLIO TRATTAMENTI** | | | **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** | | **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** | | **Il documento di cui all'All. I, sez. II del regol. (CE) 2074/2005, se disponibile, deve essere allegato al presente modello informatizzato** | | **6) La percentuale di mortalità nell'azienda: È NON Èanomala.** | | **Dichiara infine il Veterinario che fornisce assistenza zooiatrica all'allevamento: Nome e Cognome**  **Indirizzo**  **Comune di** **Tel.**  **Prov. e Num. iscr. Albo** | | | | |  |  |

Data Firma

