**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.) |  |
|

|  |
| --- |
| **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

