**FAC SIMILE DI PRENOTAZIONE ALLA AUSL DI FERRARA PER LA MOVIMENTAZIONE DI PARTITE DI ANIMALI OVICAPRINI, SUINI E AVICOLI (DA VITA E DA MACELLO)**

Mod. n. ****

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

 

 

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Allevamento di origine**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Codice aziendale :** |  | **Denominazione:** |  |
| **Codice Fiscale:** |  | **Specie allevata:** |  |

 |
| **Tipologia Uscita**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Allevamento \*** | **Macello** | **Fiera/Mercato** | **Pascolo** |
| **\* Allevamento/Stalla di sosta/Altro Data di uscita prevista:**  |

 |
| **Macello di destinazione**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Regione:** |  | **Codice macello:** |  | **Denominazione:** |  |

 |

**Allevamento di destinazione**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Codice Aziendale:** |  | **Denominazione:** |  |
|

|  |
| --- |
| **IDENTIFICAZIONE DELLA PARTITA MOVIMENTATA: totale capi n.**  |
| N. capi | Categoria | Provenienza | Modello | Data modello |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

 |
| 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** |

 |
|

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **c)**  | **NON SONO STATI** |  | **SONO STATI sottoposti a trattamento con le seguenti specialità** |

 |
| **3)  NON presentano  presentano sintomi** |
| **enterici   respiratori   cutanei    locomotori   altro** |
| **4) NON SONO STATI SONO STATI eseguiti esami di laboratorio pertinenti per la sicurezza alimentari** |
| **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 regolamento (CE) 2074/2005, se disponibile, deve essere allegato al presente modello informatizz.**  |
| **6) La percentuale di mortalità nell''azienda  È    NON È     anomala.** |
| **Dichiara infine il Veterinario che fornisce assistenza zooiatrica all'allevamento: Nome e Cognome** **Indirizzo  Comune di Tel.  Prov. e Num. iscr. Albo**  |

 |

**Data  Firma **