



ALLEGATO B MODELLO 1

FAC SIMILE RELAZIONE DESCRITTIVA

Stazione di monta pubblica/privata della specie: \_\_\_\_\_

sita nel Comune di \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_

Località \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

Gestita dal Sig. \_\_\_\_\_

Descrizione strade di accesso \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Numero di boxes adibiti al ricovero dei riproduttori \_\_\_\_\_

Numero di boxes adibiti al ricovero delle fattrici \_\_\_\_\_

Descrizione del numero e ampiezza dei paddocks in dotazione \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Descrizione dei locali per la monta \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Descrizione dei locali sussidiari \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Rifornimento idrico \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Personale addetto alle operazioni di fecondazione \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Mezzi di assistenza e pronto soccorso \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Compilare i successivi punti solo nel caso di stazioni di monta equina in cui si opera anche con inseminazione strumentale con materiale fresco.

Descrizione dei locali per il prelievo del materiale seminale \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Descrizione delle attrezzature presenti per la pratica della inseminazione strumentale

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Allegare pianta planimetrica

Luogo e data \_\_\_\_\_

FIRMA

\_\_\_\_\_



## RICHIESTA AUTORIZZAZIONE A GESTIRE UNA STAZIONE DI MONTA NATURALE PUBBLICA/PRIVATA

Alla Regione Abruzzo – DPD Servizi Territoriali per l’Agricoltura

*Per competenza territoriale*

S.T.A. Abruzzo Sud Via Asinio Herio, 75 - 66100 Chieti (CH)      PEC: dpd026@pec.regione.abruzzo.it  
 S.T.A. Abruzzo Est Via Cerulli Irelli, 17/19 - 64100 Teramo (TE)      PEC: dpd024@pec.regione.abruzzo.it  
 S.T.A. Abruzzo Ovest Piazza Torlonia, 91 - 67050 Avezzano (AQ)      PEC: dpd025@pec.regione.abruzzo.it

Il sottoscritto (generalità del richiedente)

cognome e nome	
data di nascita	comune di nascita
comune di residenza	indirizzo
n. di telefono	n. cellulare
e-mail	PEC
Cod.Fisc.	

Nella sua qualità di legale rappresentante della ditta

ragione sociale	
sede legale	indirizzo
n. telefono	PEC
sede amministrativa	indirizzo.
partita IVA	

**CHIEDE**

(ai sensi degli articoli 1, 2, 3, 4 e 6 del D.M. 19 luglio 2000, n. 403)

il rilascio dell'autorizzazione per la gestione di una stazione di monta.

NUOVA AUTORIZZAZIONE

valida per il quinquennio	
specie	
<input type="checkbox"/> pubblica	<input type="checkbox"/> privata (solo per la specie equina)

RINNOVO AUTORIZZAZIONE

codice univoco	
specie	
<input type="checkbox"/> pubblica	<input type="checkbox"/> privata (solo per la specie equina)
scadenza	

FECONDAZIONE ARTIFICIALE (esclusivamente in caso di richiesta di autorizzazione per la gestione di una stazione di monta equina tramite prelevamento del materiale seminale degli stalloni e successiva utilizzazione ai fini della pratica di inseminazione artificiale sulle fattrici presenti in azienda)

**DICHIARA**

sotto la propria responsabilità, consapevole delle conseguenze previste, in caso di dichiarazioni non veritiere, dagli artt. 75 e 76 del DPR 445 del 28 dicembre 2000

1. che la stazione di monta è ubicata nel Comune di \_\_\_\_\_ PROV. \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_

Codice Anagrafe Allevamento \_\_\_\_\_

2. che la Stazione non ha subito modifiche strutturali intervenute successivamente al rilascio della precedente autorizzazione (solo in caso di rinnovo autorizzazione);

3. che presso la Stazione di monta saranno utilizzati i riproduttori maschi specificati nell'allegato A

4. che il gestore della stazione di monta è

Cognome e Nome	
Data di nascita	Comune di nascita
Comune di residenza	Indirizzo
n. telefono	n. cellulare
C.F.	
<input type="checkbox"/> è in possesso di un diploma di istruzione secondaria di primo grado	
<input type="checkbox"/> gestore già autorizzato ai sensi della L.03.02.1963, n.127	

5. il personale impiegato è qualificato per le specifiche mansioni cui deve essere adibito;

6. di esonerare l'Amministrazione regionale da qualsiasi responsabilità, o da qualsiasi azione legale o molestia, conseguente ad eventuali danni che, per effetto dell'attività e della gestione della stazione di monta, dovessero essere provocati a persone o a beni pubblici o privati.

7. che, esclusivamente per la specie equina in caso di richiesta di autorizzazione per inseminazione artificiale privata,

- il veterinario responsabile della operatività del Centro di Produzione dello sperma è il dott.

\_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_

il \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_

Cod. Fisc. \_\_\_\_\_ telefono \_\_\_\_\_

N° codice univoco nazionale di iscrizione elenco regionale \_\_\_\_\_

PEC \_\_\_\_\_

- che la stazione disponga di locali ed attrezzature adeguati al prelievo e alla preparazione del materiale seminale fresco;
- che siano rispettate le prescrizioni emanate dalle competenti aziende sanitarie locali in materia di profilassi e di polizia sanitaria;
- che la regolarità del prelievo e dell'utilizzo del seme fresco sia garantita da un veterinario;
- risponda alle vigenti disposizioni sul benessere degli animali;
- che la stazione disponga di personale idoneo a dette mansioni.

### SI IMPEGNA

1. a rispettare tutti gli obblighi previsti dall'art. 6 del D.M. 403/2000;
2. a comunicare allo STA competente per territorio ogni variazione inerente la gestione della stazione di monta e ogni variazione inerente l'elenco dei riproduttori di cui allegato A.

### ALLEGATA

- fotocopia del documento di identità del richiedente in corso di validità;
- elenco dei riproduttori maschi impiegati nella stazione di monta (Allegato A);
- certificato genealogico dei riproduttori impiegati;
- certificazioni sanitarie relative ai produttori impiegati di cui all'art. 4 comma 1, lettera d) del DM 403/2000 e di cui al comma 2 art. 3 del DM 403/2000 (in caso di richiesta di autorizzazione per inseminazione artificiale privata per la specie equina);



- certificato di idoneità delle strutture e del benessere animale rilasciato da un medico veterinario della Asl;
- attestazione delle verifiche svolte rilasciata dall'ARA;
- relazione descrittiva (redatta secondo fac simile Allegato B) (in caso di nuova autorizzazione);
- modello 11 relativo all'assolvimento della marca da bollo.

Dichiaro di essere informato ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 10 della legge 675/96 e Dlgs n. 196/03 (legge sulla privacy) che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, per le finalità de gestione della normativa di riferimento.

Luogo e data

FIRMA



**COMUNICAZIONE PER LA RIPRODUZIONE IN ALLEVAMENTI ALLO STATO BRADO**

Alla Regione Abruzzo – DPD Servizi Territoriali per l’Agricoltura

*Per competenza territoriale*

S.T.A. Abruzzo Sud Via Asinio Herio, 75 - 66100 Chieti (CH) PEC: dpd026@pec.regione.abruzzo.it

S.T.A. Abruzzo Est Via Cerulli Irelli, 17/19 - 64100 Teramo (TE) PEC: dpd024@pec.regione.abruzzo.it

S.T.A. Abruzzo Ovest Piazza Torlonia, 91 - 67050 Avezzano (AQ) PEC: dpd025@pec.regione.abruzzo.it

Il sottoscritto (generalità del richiedente)

cognome e nome	
data di nascita	comune di nascita
comune di residenza	indirizzo
n. di telefono	n. cellulare
e-mail	PEC
Cod.Fisc.	

Nella sua qualità di legale rappresentante della ditta

ragione sociale	
sede legale	indirizzo
n. telefono	PEC
sede amministrativa	indirizzo.
partita IVA	



GIUNTA REGIONALE

## COMUNICA

Di effettuare la riproduzione allo stato brado per la specie \_\_\_\_\_

## DICHIARA

sotto la propria responsabilità, consapevole delle conseguenze previste, in caso di dichiarazioni non veritiere, dagli artt. 75 e 76 del DPR 445 del 28 dicembre 2000

1. di essere titolare di un'azienda zootecnica di animali allevati allo stato brado;
2. che i riproduttori maschi presenti in allevamento risultano idonei per la monta naturale;
3. di rispettare le norme che disciplinano la detenzione e la riproduzione animale;
4. di consentire, in ordine alla dichiarazione di cui trattasi, i controlli che gli uffici competenti riterranno opportuni;
5. di esonerare la Regione da qualsiasi responsabilità conseguente ad eventuali danni che per effetto dell'attività dovessero essere arrecati a persona o a beni pubblici o privati e a sollevare l'amministrazione stessa da ogni azione o molestia.

## SI IMPEGNA

alla tenuta del Registro Aziendale.

## ALLEGA

- fotocopia del documento di identità del richiedente in corso di validità;
- dichiarazione della ASL che attesta il rispetto di tutte le prescrizioni in materia di profilassi e polizia sanitaria, come da art. 17 comma 2 lettera c del DM 403/2000.

Dichiaro di essere informato ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 10 della legge 675/96 e Dlgs n. 196/03 (legge sulla privacy) che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, per le finalità de gestione della normativa di riferimento.

Luogo e data

FIRMA



GIUNTA REGIONALE

Modello 3

**RICHIESTA ATTESTATO DI APPROVAZIONE ALLA FECONDAZIONE PER I  
PRODUTTORI EQUINI DI INTERESSE LOCALE**

Alla Regione Abruzzo – DPD Servizi Territoriali per l’Agricoltura

*Per competenza territoriale*

S.T.A. Abruzzo Sud Via Asinio Herio, 75 - 66100 Chieti (CH)      PEC: dpd026@pec.regione.abruzzo.it  
S.T.A. Abruzzo Est Via Cerulli Irelli, 17/19 - 64100 Teramo (TE)      PEC: dpd024@pec.regione.abruzzo.it  
S.T.A. Abruzzo Ovest Piazza Torlonia, 91 - 67050 Avezzano (AQ)      PEC: dpd025@pec.regione.abruzzo.it

Il sottoscritto (generalità del richiedente)

cognome e nome	
data di nascita	comune di nascita
comune di residenza	indirizzo
n. di telefono	n. cellulare
e-mail	PEC
Cod.Fisc.	

In qualità di legale rappresentante della ditta

ragione sociale	
sede legale	indirizzo
n. telefono	PEC
sede amministrativa	indirizzo.
partita IVA	



GIUNTA REGIONALE

In qualità di Gestore della stazione di monta con Codice n. \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

(ai sensi degli artt. 1, 2, 3, 4, 5 e 6 del D.M. 19 luglio 2000, n. 403)

Di essere autorizzato per la stagione di monta anno \_\_\_\_\_ ad utilizzare gli stalloni di interesse locale di seguito indicati:

Nome	Razza	Paese di origine	Data di nascita	N. Identificazione	N. passaporto	N. certificato genealogico	N. CIF (per gli stalloni asinini)

nelle stazioni di monta con codice di seguito indicato:

---

**ALLEGA**

- fotocopia del documento di identità del richiedente in corso di validità;
- copia del certificato genealogico o di origine rilasciato da un ente od organizzazione a ciò ufficialmente preposto se trattasi di animale proveniente dall'estero;
- le certificazioni sanitarie relative ai produttori impiegati di cui all'art. 4 comma 1, lettera d) del DM 403/2000.

Dichiaro di essere informato ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 10 della legge 675/96 e Dlgs n. 196/03 (legge sulla privacy) che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, per le finalità de gestione della normativa di riferimento.

Luogo e data

FIRMA

ALLEGATO A Modello 4  
FAC SIMILE RELAZIONE DESCRITTIVA

Stazione di inseminazione artificiale con seme refrigerato e congelato sita nel

Comune di \_\_\_\_\_

Provincia \_\_\_\_\_ Località \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

gestita dal Sig. \_\_\_\_\_

Numero di boxes adibiti al ricovero delle fattrici \_\_\_\_\_

Descrizione dei locali per la conservazione delle dosi di materiale seminale \_\_\_\_\_

Descrizione delle attrezzature presenti per la pratica della inseminazione artificiale con seme refrigerato e congelato \_\_\_\_\_

Descrizione dei locali per la inseminazione artificiale \_\_\_\_\_

Descrizione dei locali sussidiari \_\_\_\_\_

Descrizione del numero e ampiezza dei paddocks in dotazione \_\_\_\_\_

Rifornimento idrico \_\_\_\_\_

Personale addetto alle operazioni di fecondazione \_\_\_\_\_

Mezzi di assistenza e pronto soccorso \_\_\_\_\_

Allegare pianta planimetrica

Luogo e data \_\_\_\_\_ Firma del richiedente \_\_\_\_\_



GIUNTA REGIONALE

Modello 4

**RICHIESTA DI AUTORIZZAZIONE A GESTIRE UNA STAZIONE DI INSEMINAZIONE  
ARTIFICIALE EQUINA PUBBLICA**

Alla Regione Abruzzo – DPD Servizi Territoriali per l’Agricoltura

*Per competenza territoriale*

S.T.A. Abruzzo Sud Via Asinio Herio, 75 - 66100 Chieti (CH)      PEC: dpd026@pec.regione.abruzzo.it  
S.T.A. Abruzzo Est Via Cerulli Irelli, 17/19 - 64100 Teramo (TE)      PEC: dpd024@pec.regione.abruzzo.it  
S.T.A. Abruzzo Ovest Piazza Torlonia, 91 - 67050 Avezzano (AQ)      PEC: dpd025@pec.regione.abruzzo.it

Il sottoscritto (generalità del richiedente)

cognome e nome	
data di nascita	comune di nascita
comune di residenza	indirizzo
n. di telefono	n. cellulare
e-mail	PEC
Cod.Fisc.	

Nella sua qualità di legale rappresentante della ditta

ragione sociale	
sede legale	indirizzo
n. telefono	PEC
sede amministrativa	indirizzo.
partita IVA	



GIUNTA REGIONALE

### CHIEDE

(ai sensi degli artt. 7, 8 e 9 del D.M. 19 luglio 2000, n. 403)

il rilascio del certificato per la gestione di una stazione di inseminazione artificiale equina pubblica con materiale seminale refrigerato o congelato prodotto dai centri autorizzati valida per il quinquennio

20 \_\_\_\_\_ - 20 \_\_\_\_\_

- Nuova autorizzazione  
 Rinnovo autorizzazione

codice stazione		
atto autorizzativo		

### DICHIARA

sotto la propria responsabilità, consapevole delle conseguenze previste, in caso di dichiarazioni non veritiere, dagli artt. 75 e 76 del DPR 445 del 28 dicembre 2000

- che la stazione di inseminazione artificiale è ubicata nel Comune di \_\_\_\_\_ Pr \_\_\_\_  
Via \_\_\_\_\_  
Codice Anagrafe Allevamento \_\_\_\_\_
- che il veterinario responsabile della operatività della stazione è il dott. \_\_\_\_\_  
nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_  
Cod. Fisc. \_\_\_\_\_ telefono \_\_\_\_\_  
N° codice univoco nazionale di iscrizione elenco regionale \_\_\_\_\_  
PEC \_\_\_\_\_
- che la Stazione non ha subito modifiche strutturali intervenute successivamente al rilascio della precedente autorizzazione (solo in caso di rinnovo autorizzazione)
- che la stazione di inseminazione artificiale è annessa, ma funzionalmente ben distinta da:  
 stazione di monta naturale equina  
 centro di produzione di materiale seminale  
 recapito di materiale seminale e/o embrioni

5. che il gestore della stazione di monta è

Cognome e Nome	
Data di nascita	Comune di nascita
Comune di residenza	Indirizzo
n. telefono	n. cellulare
C.F.	
<input type="checkbox"/> è in possesso di un diploma di istruzione secondaria di primo grado	
<input type="checkbox"/> di possedere sufficiente capacità per la gestione di una stazione di inseminazione artificiale	

6. che il personale impiegato è qualificato per le specifiche mansioni cui deve essere adibito;
7. che la stazione dispone di locali e attrezzature adeguate alla conservazione del materiale seminale refrigerato e congelato;
8. che la stazione dispone di un locale situato in prossimità degli altri ambienti, ma ben distinto da essi, destinato agli accertamenti relativi allo stato sanitario dell'apparato genitale delle fattrici ed eventualmente alla terapia, nonché di locali idonei all'inseminazione;
9. che la stazione è in grado di assicurare un'assistenza veterinaria continuativa e qualificata;
10. che la stazione risponde alle vigenti disposizioni sul benessere animale;
11. di esonerare l'Amministrazione regionale da qualsiasi responsabilità, o da qualsiasi azione legale o molestia, conseguente ad eventuali danni che, per effetto dell'attività e della gestione della stazione di monta, dovessero essere provocati a persone o a beni pubblici o privati.

SI IMPEGNA





GIUNTA REGIONALE

1. a rispettare tutti gli obblighi previsti dall'art. 9 del D.M. 403/2000;
2. a comunicare allo STA competente per territorio ogni variazione inerente la gestione della stazione di inseminazione artificiale.

### ALLEGA

- fotocopia del documento di identità del richiedente in corso di validità;
- elenco dei Centri di Produzione e dei Recapiti da cui si rifornisce di materiale seminale;
- relazione descrittiva (redatta secondo fac simile Allegato A) (in caso di nuova autorizzazione);
- certificato di idoneità delle strutture e del benessere animale rilasciato da un medico veterinario della Asl;
- attestazione delle verifiche svolte rilasciata dall'ARA;
- modello 11 relativo all'assolvimento della marca da bollo.

Dichiaro di essere informato ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 10 della legge 675/96 e Dlgs n. 196/03 (legge sulla privacy) che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, per le finalità de gestione della normativa di riferimento.

Luogo e data

FIRMA

**COMUNICAZIONE IMPIEGO DELL'INSEMINAZIONE ARTIFICIALE  
PER LA SPECIE SUINA IN AMBITO AZIENDALE**

Alla Regione Abruzzo – DPD Servizi Territoriali per l'Agricoltura

*Per competenza territoriale*

S.T.A. Abruzzo Sud Via Asinio Herio, 75 - 66100 Chieti (CH)      PEC: dpd026@pec.regione.abruzzo.it  
S.T.A. Abruzzo Est Via Cerulli Irelli, 17/19 - 64100 Teramo (TE)      PEC: dpd024@pec.regione.abruzzo.it  
S.T.A. Abruzzo Ovest Piazza Torlonia, 91 - 67050 Avezzano (AQ)      PEC: dpd025@pec.regione.abruzzo.it

Il sottoscritto (generalità del richiedente)

cognome e nome	
data di nascita	comune di nascita
comune di residenza	indirizzo
n. di telefono	n. cellulare
e-mail	PEC
Cod.Fisc.	

Nella sua qualità di legale rappresentante della ditta

ragione sociale	
sede legale	indirizzo
n. telefono	PEC
sede amministrativa	indirizzo.
partita IVA	



GIUNTA REGIONALE

## COMUNICA

(ai sensi degli artt. 17, 18 e 19 del D.M. 19 luglio 2000, n. 403)

l'impiego dell'inseminazione artificiale per la specie suina nell'ambito aziendale, a partire dalla data del

## DICHIARA

sotto la propria responsabilità, consapevole delle conseguenze previste, in caso di dichiarazioni non veritiere, dagli artt. 75 e 76 del DPR 445 del 28 dicembre 2000

- di essere titolare di un allevamento suino ubicato nel Comune di \_\_\_\_\_ Pr \_\_\_\_  
Via \_\_\_\_\_
- che presso tale allevamento sono presenti complessivamente n. \_\_\_\_\_ suini, di cui:
  - verri n. \_\_\_\_\_
  - scrofe n: \_\_\_\_\_
  - altri suini n. \_\_\_\_\_ con permanenza media in azienda di mesi \_\_\_\_\_
- che l'azienda dispone di locali e attrezzature adeguate per il prelievo, la preparazione e la conservazione del materiale seminale fresco e/o refrigerato;
- che i riproduttori maschi presenti in allevamento risultano idonei per la monta naturale;
- di effettuare il prelievo e la preparazione del materiale seminale proveniente da riproduttori maschi presenti in azienda per l'esclusiva inseminazione delle scrofe dell'azienda medesima;
- che l'attività in oggetto è effettuata sotto la responsabilità del medico veterinario  
dr \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_.  
Via \_\_\_\_\_ partita IVA \_\_\_\_\_  
n° codice univoco nazionale \_\_\_\_\_ PEC \_\_\_\_\_
- di consentire, in ordine alla dichiarazione di cui trattasi, i controlli che gli uffici competenti riterranno opportuni;
- di esonerare la Regione da qualsiasi responsabilità conseguente ad eventuali danni che per effetto dell'attività dovessero essere arrecati a persona o a beni pubblici o privati e a sollevare l'amministrazione stessa da ogni azione o molestia

### **ALLEGA**

- fotocopia del documento di identità del richiedente in corso di validità;
- attestazione del veterinario che si assume la responsabilità delle operazioni di inseminazione artificiale in ambito aziendale;
- dichiarazione della ASL che attesta il rispetto di tutte le prescrizioni in materia di profilassi e polizia sanitaria, come da art. 17 comma 2 lettera c del DM 403/2000.
- Attestazione delle verifiche svolte rilasciata dall'ARA.

Dichiaro di essere informato ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 10 della legge 675/96 e Dlgs n. 196/03 (legge sulla privacy) che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, per le finalità de gestione della normativa di riferimento.

Luogo e data

FIRMA



**RICHIESTA DI AUTORIZZAZIONE A GESTIRE UN CENTRO DI PRODUZIONE DI  
MATERIALE SEMINALE PER L'INSEMINAZIONE ARTIFICIALE**

Alla Regione Abruzzo – DPD Servizi Territoriali per l'Agricoltura

*Per competenza territoriale*

S.T.A. Abruzzo Sud Via Asinio Herio, 75 - 66100 Chieti (CH)      PEC: dpd026@pec.regione.abruzzo.it  
S.T.A. Abruzzo Est Via Cerulli Irelli, 17/19 - 64100 Teramo (TE)      PEC: dpd024@pec.regione.abruzzo.it  
S.T.A. Abruzzo Ovest Piazza Torlonia, 91 - 67050 Avezzano (AQ)      PEC: dpd025@pec.regione.abruzzo.it

Il sottoscritto (generalità del richiedente)

cognome e nome	
data di nascita	comune di nascita
comune di residenza	indirizzo
n. di telefono	n. cellulare
e-mail	PEC
Cod.Fisc.	

Nella sua qualità di legale rappresentante della ditta

ragione sociale	
sede legale	indirizzo
n. telefono	PEC
sede amministrativa	indirizzo.
partita IVA	

**CHIEDE**

(ai sensi degli artt. 10, 11, 12 e 13 del D.M. 19 luglio 2000, n. 403)

il rilascio del certificato per la gestione di un Centro di Produzione dello sperma valido per il quinquennio

20 \_\_\_\_\_ - 20 \_\_\_\_\_

- Nuova autorizzazione  
 Rinnovo autorizzazione

codice univoco		
atto autorizzativo		

**DICHIARA**

sotto la propria responsabilità, consapevole delle conseguenze previste, in caso di dichiarazioni non veritiere, dagli artt. 75 e 76 del DPR 445 del 28 dicembre 2000

1. che il Centro di Produzione dello sperma è ubicato nel Comune di \_\_\_\_\_ Pr \_\_\_\_  
Via \_\_\_\_\_
2. che il veterinario responsabile della operatività del Centro di Produzione dello sperma è il dott.  
\_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_  
il \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_  
Cod. Fisc. \_\_\_\_\_ telefono \_\_\_\_\_  
N° codice univoco nazionale di iscrizione elenco regionale \_\_\_\_\_  
PEC \_\_\_\_\_
3. che il Centro non ha subito modifiche strutturali intervenute successivamente al rilascio della precedente autorizzazione (solo in caso di rinnovo autorizzazione)

4. che il gestore del Centri di Produzione dello sperma è

Cognome e Nome	
Data di nascita	Comune di nascita
Comune di residenza	Indirizzo
n. telefono	n. cellulare
C.F.	
<input type="checkbox"/> è in possesso di un diploma di istruzione secondaria di primo grado	
<input type="checkbox"/> di possedere sufficiente capacità per la gestione di una stazione di inseminazione artificiale	

5. che il personale impiegato è qualificato per le specifiche mansioni cui deve essere adibito;
6. che il Centro di Produzione rispetta i requisiti previsti dall'art. 12 del DM 403/2000 così come da relazione allegata;
7. che il Centro di Produzione è in grado di assicurare un'assistenza veterinaria continuativa e qualificata;
8. che i riproduttori maschi adibiti all'inseminazione artificiale rispondono ai requisiti previsti dall'art. 18 del D.M. 403/2000;
9. di esonerare l'Amministrazione regionale da qualsiasi responsabilità, o da qualsiasi azione legale o molestia, conseguente ad eventuali danni che, per effetto dell'attività e della gestione della stazione di monta, dovessero essere provocati a persone o a beni pubblici o privati.

SI IMEGNA

1. a rispettare quanto previsto dagli artt. 13 e 19 del D.M. 403/2000;
2. a comunicare allo STA competente per territorio ogni variazione inerente la gestione della stazione di inseminazione artificiale;



## ALLEGA

- fotocopia del documento di identità del richiedente in corso di validità;
- elenco riproduttori maschi, come da allegato A;
- esito positivo delle valutazioni genetiche;
- certificato di accertamento dell'ascendenza dei riproduttori maschi;
- certificazioni sanitarie rilasciate dalla ASL che attestino i requisiti stabiliti dal Ministero della Sanità;
- certificato di idoneità delle strutture e del benessere animale rilasciato da un medico veterinario della Asl;
- attestazione delle attività svolte rilasciata dall'ARA;
- relazione inerente:
  - la descrizione dei fabbricati, dei locali di lavorazione, trattamento, confezionamento e lavorazione e degli impianti con allegata planimetria ed i relativi estremi catastali;
  - elenco delle attrezzature;
  - elenco dei Recapiti collegati;
  - elenco dei riproduttori presenti;
  - informazioni specifiche sull'organizzazione tecnica e commerciale per la produzione e la distribuzione del materiale seminale;
- modello 11 relativo all'assolvimento della Marca da Bollo:

Dichiaro di essere informato ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 10 della legge 675/96 e Dlgs n. 196/03 (legge sulla privacy) che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, per le finalità de gestione della normativa di riferimento.

Luogo e data

FIRMA

**RICHIESTA DI AUTORIZZAZIONE A GESTIRE UN RECAPITO DI MATERIALE SEMINALE  
E/O DI EMBRIONI**

Alla Regione Abruzzo – DPD Servizi Territoriali per l’Agricoltura

*Per competenza territoriale*

S.T.A. Abruzzo Sud Via Asinio Herio, 75 - 66100 Chieti (CH)      PEC: dpd026@pec.regione.abruzzo.it  
S.T.A. Abruzzo Est Via Cerulli Irelli, 17/19 - 64100 Teramo (TE)      PEC: dpd024@pec.regione.abruzzo.it  
S.T.A. Abruzzo Ovest Piazza Torlonia, 91 - 67050 Avezzano (AQ)      PEC: dpd025@pec.regione.abruzzo.it

Il sottoscritto (generalità del richiedente)

cognome e nome	
data di nascita	comune di nascita
comune di residenza	indirizzo
n. di telefono	n. cellulare
e-mail	PEC
Cod.Fisc.	

Nella sua qualità di legale rappresentante della ditta

ragione sociale	
sede legale	indirizzo
n. telefono	PEC
sede amministrativa	indirizzo.
partita IVA	

### CHIEDE

(ai sensi degli artt. 14, 15 e 16 del D.M. 19 luglio 2000, n. 403)

il rilascio del certificato per la gestione di un Recapito di materiale seminale ed embrioni per le specie:

bovina     ovina     caprina     suina     equina

valido per il quinquennio

20 \_\_\_\_\_ - 20 \_\_\_\_\_

- Nuova autorizzazione  
 Rinnovo autorizzazione

codice univoco		
atto autorizzativo		

### DICHIARA

sotto la propria responsabilità, consapevole delle conseguenze previste, in caso di dichiarazioni non veritiere, dagli artt. 75 e 76 del DPR 445 del 28 dicembre 2000

1. che il Recapito è ubicato nel Comune di \_\_\_\_\_ Pr \_\_\_\_\_  
Via \_\_\_\_\_
2. che l'esperto zootecnico del Recapito è il sig. \_\_\_\_\_  
nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_  
Cod. Fisc. \_\_\_\_\_ telefono \_\_\_\_\_  
PEC \_\_\_\_\_  
in possesso di un diploma di scuola media superiore o diploma di laurea ad indirizzo agrario o zootecnico;
3. che il Recapito non ha subito modifiche strutturali intervenute successivamente al rilascio della precedente autorizzazione (solo in caso di rinnovo autorizzazione)



GIUNTA REGIONALE

4. che il gestore del Recapito è

Cognome e Nome	
Data di nascita	Comune di nascita
Comune di residenza	Indirizzo
n. telefono	n. cellulare
C.F.	

5. che il personale impiegato è qualificato per le specifiche mansioni cui deve essere adibito;
6. che il Recapito rispetta i requisiti previsti dall'art. 15 del DM 403/2000 così come da relazione allegata;
7. di esonerare l'Amministrazione regionale da qualsiasi responsabilità, o da qualsiasi azione legale o molestia, conseguente ad eventuali danni che, per effetto dell'attività e della gestione della stazione di monta, dovessero essere provocati a persone o a beni pubblici o privati.

### **SI IMPEGNA**

1. a rispettare tutti gli obblighi previsti dall'art. 16 del D.M. 403/2000;
2. a comunicare allo STA competente per territorio ogni variazione inerente la gestione del Recapito;

### **ALLEGA**

- fotocopia del documento di identità del richiedente in corso di validità;
- relazione inerente:
  - ubicazione e descrizione dei fabbricati ed i relativi estremi catastali;
  - le specifiche relative ai requisiti previsti dall'art. 15 del D.M. 403/2000;



GIUNTA REGIONALE

---

- elenco dei centri nazionali di produzione dello sperma, dei centri di produzione degli embrioni e dei gruppi di raccolta degli embrioni dai quali provengono rispettivamente il materiale seminale e gli embrioni distribuiti;
- indicazioni specifiche sull'organizzazione della distribuzione;
- elenco dei Centri nazionali di produzione dello sperma, dei centri di produzione degli embrioni e dei gruppi di raccolta degli embrioni dai quali provengono rispettivamente il materiale seminale e gli embrioni distribuiti
- certificato di idoneità delle strutture e del benessere animale rilasciato da un medico veterinario della Asl;
- attestazione delle verifiche svolte rilasciata dall'ARA;
- modello 11 relativo all'assolvimento della marca da bollo.

Dichiaro di essere informato ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 10 della legge 675/96 e Dlgs n. 196/03 (legge sulla privacy) che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, per le finalità de gestione della normativa di riferimento.

Luogo e data

FIRMA

**RICHIESTA DI AUTORIZZAZIONE A GESTIRE UN GRUPPO DI RACCOLTA DI EMBRIONI**

Alla Regione Abruzzo – DPD Servizi Territoriali per l’Agricoltura

*Per competenza territoriale*

S.T.A. Abruzzo Sud Via Asinio Herio, 75 - 66100 Chieti (CH)      PEC: dpd026@pec.regione.abruzzo.it  
S.T.A Abruzzo Est Via Cerulli Irelli, 17/19 - 64100 Teramo (TE)      PEC: dpd024@pec.regione.abruzzo.it  
S.T.A. Abruzzo Ovest Piazza Torlonia, 91 - 67050 Avezzano (AQ)      PEC: dpd025@pec.regione.abruzzo.it

Il sottoscritto (generalità del richiedente)      **VALIDITA’**

cognome e nome	
data di nascita	comune di nascita
comune di residenza	indirizzo
n. di telefono	n. cellulare
e-mail	PEC
Cod.Fisc.	

Nella sua qualità di legale rappresentante della ditta

ragione sociale	
sede legale	indirizzo
n. telefono	PEC
sede amministrativa	indirizzo.
partita IVA	

### **CHIEDE**

(ai sensi degli artt. 23, 24, 26, 28 del D.M. 19 luglio 2000, n. 403)

di essere autorizzato a gestire un Gruppo di raccolta di embrioni delle specie:

bovina     ovina     caprina     suina     equina

### **DICHIARA**

sotto la propria responsabilità, consapevole delle conseguenze previste, in caso di dichiarazioni non veritiere, dagli artt. 75 e 76 del DPR 445 del 28 dicembre 2000

1. che la sede del Gruppo di Raccolta è ubicata nel Comune di \_\_\_\_\_ Pr \_\_\_\_\_  
Via \_\_\_\_\_  
Telefono \_\_\_\_\_ PEC \_\_\_\_\_
2. che il veterinario responsabile del Gruppo di Raccolta è il dott. \_\_\_\_\_  
nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_  
Cod. Fisc. \_\_\_\_\_ telefono \_\_\_\_\_  
PEC \_\_\_\_\_
3. che il Gruppo di Raccolta non ha subito modifiche strutturali intervenute successivamente al rilascio della precedente autorizzazione (solo in caso di rinnovo autorizzazione);
4. di esonerare l'Amministrazione regionale da qualsiasi responsabilità, o da qualsiasi azione legale o molestia, conseguente ad eventuali danni che, per effetto dell'attività e della gestione della stazione di monta, dovessero essere provocati a persone o a beni pubblici o privati.

### **SI IMPEGNA**

1. a rispettare tutti gli obblighi previsti dall'art. 28 del D.M. 403/2000
2. a comunicare allo STA competente per territorio ogni variazione inerente la gestione del Gruppo di Raccolta;

## ALLEGA

- fotocopia del documento di identità del richiedente in corso di validità;
- relazione inerente:
  - ubicazione e descrizione dei locali del laboratorio stabile o mobile;
  - l'elenco delle attrezzature utilizzate;
- certificato di idoneità rilasciato da un medico veterinario della Asl;
- attestazione delle verifiche svolte rilasciata dall'ARA;
- modello 11 relativo all'assolvimento della marca da bollo.

Dichiaro di essere informato ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 10 della legge 675/96 e Dlgs n. 196/03 (legge sulla privacy) che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, per le finalità de gestione della normativa di riferimento.

Luogo e data

FIRMA



**RICHIESTA DI AUTORIZZAZIONE A GESTIRE UN CENTRO PRODUZIONE DI EMBRIONI**

Alla Regione Abruzzo – DPD Servizi Territoriali per l’Agricoltura

*Per competenza territoriale*

S.T.A. Abruzzo Sud Via Asinio Herio, 75 - 66100 Chieti (CH)      PEC: dpd026@pec.regione.abruzzo.it  
S.T.A. Abruzzo Est Via Cerulli Irelli, 17/19 - 64100 Teramo (TE)      PEC: dpd024@pec.regione.abruzzo.it  
S.T.A. Abruzzo Ovest Piazza Torlonia, 91 - 67050 Avezzano (AQ)      PEC: dpd025@pec.regione.abruzzo.it

Il sottoscritto (generalità del richiedente)

cognome e nome	
data di nascita	comune di nascita
comune di residenza	indirizzo
n. di telefono	n. cellulare
e-mail	PEC
Cod.Fisc.	

Nella sua qualità di legale rappresentante della ditta

ragione sociale	
sede legale	indirizzo
n. telefono	PEC
sede amministrativa	indirizzo
partita IVA	



GIUNTA REGIONALE

### CHIEDE

(ai sensi degli artt. 23, 25, 27, 29, 30, 31 e 32 del D.M. 19 luglio 2000, n. 403)

di essere autorizzato a gestire un Centro di produzione di embrioni delle specie:

bovina     ovina     caprina     suina     equina

### DICHIARA

sotto la propria responsabilità, consapevole delle conseguenze previste, in caso di dichiarazioni non veritiere, dagli artt. 75 e 76 del DPR 445 del 28 dicembre 2000

1. che la sede del Centro di produzione embrioni è ubicata nel

Comune di \_\_\_\_\_ Pr \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_ PEC \_\_\_\_\_

2. che il veterinario responsabile del Centro produzione embrioni è

il dott. \_\_\_\_\_

nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_

Cod. Fisc. \_\_\_\_\_ telefono \_\_\_\_\_

PEC \_\_\_\_\_

3. che il Centro di produzione embrioni non ha subito modifiche strutturali intervenute successivamente al rilascio della precedente autorizzazione (solo in caso di rinnovo autorizzazione);

4. che il Centro di produzione degli embrioni rispetta i requisiti previsti all'art. 27 del D.M. 403/2000;

5. che gli embrioni prodotti rispettano i requisiti previsti dall'art. 30 del D.M. 403/2000;

6. di esonerare l'Amministrazione regionale da qualsiasi responsabilità, o da qualsiasi azione legale o molestia, conseguente ad eventuali danni che, per effetto dell'attività e della gestione della stazione di monta, dovessero essere provocati a persone o a beni pubblici o privati.



GIUNTA REGIONALE

## SI IMPEGNA

1. a rispettare tutti gli obblighi previsti dall'art. 29 del D.M. 403/2000;
2. a comunicare allo STA competente per territorio ogni variazione inerente la gestione del Centro di produzione degli embrioni;

## ALLEGA

- fotocopia del documento di identità del richiedente in corso di validità;
- relazione inerente:
  - planimetria, ubicazione e descrizione dei locali del laboratorio stabile o mobile;
  - le attrezzature utilizzate;
  - l'organizzazione tecnica e commercial del centro;
  - le modalità di certificazione embrionale.
- certificato di idoneità delle strutture e del benessere animale rilasciato da un medico veterinario della Asl;
- attestazione delle verifiche svolte rilasciata dall'ARA;
- modello 11 relativo all'assolvimento della marca da bollo.

Dichiaro di essere informato ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 10 della legge 675/96 e Dlgs n. 196/03 (legge sulla privacy) che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, per le finalità de gestione della normativa di riferimento.

Luogo e data

FIRMA

**RICHIESTA DI ISCRIZIONE ALL'ELENCO REGIONALE OPERATORI DI INSEMINAZIONE  
ARTIFICIALE E DI IMPIANTO EMBRIONALE**

Alla Regione Abruzzo – DPD Servizi Territoriali per l'Agricoltura

*Per competenza territoriale*

S.T.A. Abruzzo Sud Via Asinio Herio, 75 - 66100 Chieti (CH)      PEC: dpd026@pec.regione.abruzzo.it  
S.T.A. Abruzzo Est Via Cerulli Irelli, 17/19 - 64100 Teramo (TE)      PEC: dpd024@pec.regione.abruzzo.it  
S.T.A. Abruzzo Ovest Piazza Torlonia, 91 - 67050 Avezzano (AQ)      PEC: dpd025@pec.regione.abruzzo.it

Il sottoscritto (generalità del richiedente)

cognome e nome	
data di nascita	comune di nascita
comune di residenza	indirizzo
n. di telefono	n. cellulare
e-mail	PEC
Cod.Fisc.	

**CHIEDE**

(ai sensi del D.M. 19 luglio 2000, n. 403)

di essere iscritto nell'elenco degli operatori di inseminazione artificiale e di impianto embrionale  
– Sezione Medici Veterinari;

di essere iscritto nell'elenco degli operatori di inseminazione artificiale e di impianto embrionale  
– Sezione Operatori Laici per le specie

bovina     ovina     caprina     suina     equina

## DICHIARA

sotto la propria responsabilità, consapevole delle conseguenze previste, in caso di dichiarazioni non veritiere, dagli artt. 75 e 76 del DPR 445 del 28 dicembre 2000

1. che l'attività di inseminazione artificiale sarà svolta nel seguente ambito territoriale

\_\_\_\_\_

(per gli Operatori pratici indicare anche la provincia ove tale attività sarà svolta in prevalenza)

2. di essere dipendente dell'ente pubblico \_\_\_\_\_ / di non essere dipendente

3. (solo per i Medici Veterinari)

di rifornirsi di materiale riproduttivo presso i recapiti e/o Centri di Produzione di seguito specificati

- Codice recapito o codice Centro Produzione \_\_\_\_\_
- Codice recapito o codice Centro Produzione \_\_\_\_\_
- Codice recapito o codice Centro Produzione \_\_\_\_\_

4. (solo per gli Operatori Pratici)

- di aver sottoscritto convenzione con i seguenti recapiti e/o Centri di produzione dello sperma:

- ✓ Codice recapito o codice Centro Produzione \_\_\_\_\_
- ✓ Codice recapito o codice Centro Produzione \_\_\_\_\_

- di svolgere l'attività nel proprio allevamento (indicare le specie allevate) \_\_\_\_\_

ubicato nel comune di \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_

codice allevamento \_\_\_\_\_

- di svolgere l'attività in altrui allevamento

5. di comunicare allo STA competente per territorio ogni variazione inerente la gestione del Centro di produzione degli embrioni;

6. di esonerare l'Amministrazione regionale da qualsiasi responsabilità, o da qualsiasi azione legale o molestia, conseguente ad eventuali danni che, per effetto dell'attività e della gestione della stazione di monta, dovessero essere provocati a persone o a beni pubblici o privati.

## ALLEGA

- fotocopia del documento di identità del richiedente in corso di validità;
  - autorizzazione dell'Ente pubblico di appartenenza a svolgere attività oggetto di domanda;
  - dichiarazione sostitutiva di certificazione attestante l'iscrizione all'Ordine Professionale con indicazione del numero di iscrizione all'Albo (solo per Medici Veterinari);
- (solo per Operatori Pratici):
- attestato di idoneità alla pratica dell'inseminazione artificiale, rilasciato ai sensi dell'art. 2 della LN 74 del 12/03/1974 (in originale o in copia autenticata ai sensi di legge);
  - convenzione sottoscritta con un recapito Centro relativamente al materiale seminale fresco o refrigerato (in originale o in copia autenticata ai sensi di legge).

Dichiaro di essere informato ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 10 della legge 675/96 e Dlgs n. 196/03 (legge sulla privacy) che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, per le finalità de gestione della normativa di riferimento.

Luogo e data

FIRMA

<b>MODULO PER LA DICHIARAZIONE DI ASSOLVIMENTO DELL'IMPOSTA DI BOLLO</b>
--

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ Nato/a a: \_\_\_\_\_

il \_\_\_\_\_ e residente a \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_

C.F. \_\_\_\_\_ PEC \_\_\_\_\_

in qualità di proprietario e/o conduttore dell'azienda agricola sita nel Comune di \_\_\_\_\_

consapevole che le false dichiarazioni, la falsità degli atti e l'uso di atti falsi sono puniti ai sensi del codice penale e che, se dal controllo effettuato, emergerà la non veridicità del contenuto di quanto dichiarato, decadrà dai benefici conseguenti al provvedimento eventualmente emanato sulla base della dichiarazione non veritiera (Art. 75 e 76 DPR 28.12.2000 n. 445), ai sensi degli artt. 46 e 47 del DPR 28.12.2000 n. 445,

### DICHIARA

che gli obblighi relativi al pagamento dell'imposta di bollo ai sensi del DPR n. 642/1972 e s.m.i. sono stati assolti e che la **marca da bollo** relativa alla presentazione dell'istanza e/o al rilascio dell'autorizzazione è come di seguito identificata:

**PRESENTAZIONE DELL'ISTANZA**

Numero identificativo: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_\_

Spazio per l'apposizione  
della marca da bollo

€ 16,00

*NB: La marca va annullata apponendo,  
parte sul contrassegno e parte sul foglio,  
la data dell'istanza.*

**RILASCIO DELL'AUTORIZZAZIONE**

Numero identificativo: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_\_

Spazio per l'apposizione  
della marca da bollo

€ 16,00

*NB: La marca va annullata apponendo,  
parte sul contrassegno e parte sul foglio,  
la data dell'istanza.*

La suddetta marca da bollo viene utilizzata ovvero le suddette marche da bollo vengono utilizzate esclusivamente per la presente istanza amministrativa:

**L.R. 20 MAGGIO 2008, N. 6 MODIFICATA DALLA L.R. 09 LUGLIO 2020 N. 17.**

*“Disposizioni in materia di tutela delle piante di olivo adulte ai fini della loro classificazione, recupero e cessione” – Art. 4 Disciplina autorizzatoria per l'abbattimento e l'espianto – Art. 5. Cessioni e spostamenti.  
Richiesta autorizzazione abbattimento e/o espianto di olivi.*

**DICHIARA INOLTRE**

- di aver provveduto ad annullare la/e predetta/e marca/he da bollo e di **impegnarsi a conservarne l'originale/gli originali** contestualmente alla predetta istanza a cui esclusivamente afferisce per eventuali controlli da parte dell'amministrazione;
- di essere consapevole che è nella piena, esclusiva e diretta responsabilità del richiedente **l'obbligo di utilizzare una marca da bollo per ogni singola istanza**, e pertanto non è possibile comunicare gli stessi estremi di una marca da bollo per istanze diverse, ovvero utilizzare più volte gli stessi dati identificativi della marca da bollo per istanze diverse.

Data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

Il/La sottoscritto/a dichiara di aver preso visione dell'informativa ai sensi del Regolamento CE 27 aprile 2016, n.2016/679/UE, circa il trattamento dei dati personali raccolti con la presente richiesta e, in particolare, che tali dati saranno trattati, anche mediante sistemi automatizzati, esclusivamente per lo svolgimento delle funzioni istituzionali dell'Ente per le quali la presente richiesta viene resa, e di acconsentire, ai sensi dell'art. 6 e 7 del predetto Regolamento, al trattamento dei propri dati personali, svolto con le modalità e per le finalità sopra indicate, ed in conformità alle norme legislative e regolamentari vigenti e applicabili.

Data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

*Si allega scansione del documento di riconoscimento valido nel caso la dichiarazione sia sottoscritta in maniera non digitale.*

-----