

ALLEGATO

Colore: \_\_\_\_\_

Numero Modello 4 ( \_\_\_\_\_ ) del \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**DICHIARAZIONE DI PROVENIENZA E DI DESTINAZIONE DEGLI ANIMALI (Mod. 4) DELLA SPECIE \_\_\_\_\_****REGIONE \_\_\_\_\_ ASL \_\_\_\_\_****A) IDENTIFICAZIONE**

I capi riportati in allegato provengono dall'azienda identificata dal Codice Aziendale: \_\_\_\_\_, specie allevata \_\_\_\_\_, sita in \_\_\_\_\_ Cap: \_\_\_\_\_, Comune di \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) e registrata presso la **A.S.L. DI**

**COMPETENZA,**

PROPRIETARIO: \_\_\_\_\_

CODICE FISCALE \_\_\_\_\_

DETENTORE: \_\_\_\_\_

CODICE FISCALE \_\_\_\_\_

I capi riportati in allegato, fatto salvo quanto citato nel riquadro E), non sono sottoposti al divieto di spostamento in applicazione a misure di polizia veterinaria.

Tali animali, se non nati in azienda, sono stati altresì introdotti in azienda con regolare documentazione di accompagnamento (disponibile informaticamente in BDN) e, per ciascuno di essi, in allegato viene riportata l'azienda o, nel caso di scambi o importazioni scortati dalle certificazioni previste, la nazione di provenienza e gli estremi della documentazione di accompagnamento.

**B) INFORMAZIONI SUI TRATTAMENTI E SULLA CATENA ALIMENTARE (I.C.A.), di cui al Reg.853 del 2004**

Gli animali di cui in allegato, destinati alla macellazione:

1) ☐ NON SONO STATI trattati o alimentati con sostanze di cui è vietato l'impiego

2) ☐ Nei 90 giorni precedenti la data odierna ☐ dalla nascita

a) ☐ NON SONO STATI ☐ SONO STATI sottoposti a trattamento con le sostanze di cui agli art.4 e 5, del D.l.vo n.158 del 16 marzo 2006

b) ☐ NON SONO STATI ☐ SONO STATI sottoposti a trattamento con i seguenti alimenti medicamentosi

c) ☐ NON SONO STATI ☐ SONO STATI sottoposti a trattamento con le seguenti specialità medicinali

Sono stati osservati i previsti tempi di sospensione per i trattamenti con alimenti medicamentosi o specialità medicinali ed in seguito alla somministrazione di alimenti contenenti additivi coccidiostatici.

In caso di trattamento di cui alla voce 2), i dati relativi a: specialità medicinale veterinaria, data di somministrazione e tempo di sospensione, per ciascun animale o partita, sono riportati in allegato.

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

In caso di esami di laboratorio pertinenti per la sicurezza alimentare di cui alla voce 4), i dati relativi, per ciascun animale o partita, sono riportati in allegato.

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

☐ Si allega ulteriore documentazione ai sensi dell'Allegato I del Regolamento (CE) 2074/2005.

6) La percentuale di mortalità nell'azienda ☐ È ☐ NON È .....

Il Veterinario che fornisce assistenza zootecnica all'allevamento è il Dott. \_\_\_\_\_

Indirizzo \_\_\_\_\_

Numero di Telefono: \_\_\_\_\_

Comune \_\_\_\_\_

Numero di Iscrizione all'albo: \_\_\_\_\_

**C) DESTINAZIONE**

Gli animali sono destinati a:

☐ Allevamento ☐ Macello ☐ Stalla di sosta ☐ Fiera/Mercato ☐ Pascolo ☐ Altre tipologie di struttura

Codice: \_\_\_\_\_

Approval number: \_\_\_\_\_

Specie: \_\_\_\_\_

Denominazione: \_\_\_\_\_ ID FISCALE: \_\_\_\_\_

Proprietario: \_\_\_\_\_ CODICE FISCALE \_\_\_\_\_

Detentore: \_\_\_\_\_ CODICE FISCALE \_\_\_\_\_

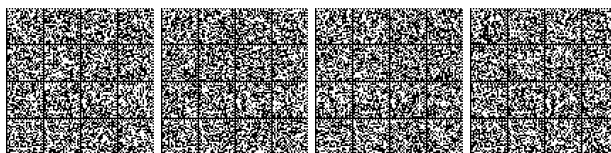
Indirizzo: \_\_\_\_\_ Comune: \_\_\_\_\_ Prov: (\_\_\_\_)

Data di uscita prevista: \_\_\_\_\_

Le informazioni sono state inserite, nel sistema informativo da **UTENTE** \_\_\_\_\_ sulla base delle dichiarazioni rese del detentore \_\_\_\_\_

Firma (ove necessario) \_\_\_\_\_

(Generato dal CSN il \_\_\_\_\_)



Colore: \_\_\_\_\_

Numero Modello 4 ( \_\_\_\_\_ ) del \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

**D) TRASPORTO**

I capi riportati in allegato sono trasportati da **CONDUCENTE** \_\_\_\_\_, conducente dell'automezzo \_\_\_\_\_, marca \_\_\_\_\_, targa motrice \_\_\_\_\_ ([nota] inserire targa rimorchio \_\_\_\_\_ solo se valorizzato) con autorizzazione al trasporto di animali (nei casi previsti) n° \_\_\_\_\_ rilasciata il \_\_\_\_\_ alla ditta con ragione sociale \_\_\_\_\_ sita in \_\_\_\_\_ Comune di \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_)

☐ Si garantisce che gli animali sono trasportati nel rispetto della vigente normativa.

☐ Si attesta, inoltre, che il mezzo di trasporto è stato regolarmente disinfettato (ai sensi dell'art. 64 del D.P.R. 320/54).

Data \_\_\_\_\_, ora partenza \_\_\_\_\_, durata prevista del viaggio \_\_\_\_\_

Le informazioni sono state inserite da \_\_\_\_\_ sulla base delle dichiarazioni del conducente / trasportatore \_\_\_\_\_ Firma (ove necessario) \_\_\_\_\_

Annotare eventuali modifiche riguardanti i dati del trasporto riscontrate al momento della partenza degli animali. Tali modifiche dovranno essere registrate in Banca Dati Nazionale non appena possibile.

Il Detentore \_\_\_\_\_

Il Trasportatore \_\_\_\_\_

**E) ATTESTAZIONI SANITARIE (da compilare nei casi previsti)**

Di seguito viene riportato lo stato sanitario dell'azienda di provenienza, così come registrato in Banca Dati Nazionale.

Tipo malattia	Qualifica sanitaria	Data ultima attribuzione

- ☐ In allegato l'elenco degli animali immunizzati con l'indicazione, per ciascuno di essi, della malattia e della data.  
☐ Sono state effettuate le seguenti immunizzazioni:

L'azienda di provenienza è sotto controllo ufficiale ed autorizzata alla movimentazione. Gli animali riportati in allegato sono stati visitati (nei casi previsti) con esito FAVOREVOLE dal servizio veterinario ufficiale. Il controllo pre-movimento è stato effettuato (nei casi previsti) alle date riportate in allegato.

- ☐ Osservazioni    ☐ Dichiarazioni    ☐ Prescrizioni    ☐ Vincolo Sanitario

- ☐ Le informazioni sono state registrate nel sistema informativo in automatico, sulla base di quanto già registrato in Banca Dati nazionale e della documentazione agli atti del servizio veterinario ufficiale e nel rispetto di quanto previsto dal capitolo 3 del "Manuale operativo per la gestione dell'anagrafe bovina – provvedimento 26 maggio 2005 della Conferenza Permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano".

- ☐ Le informazioni sono state registrate nel sistema informativo dall'utente [\*] \_\_\_\_\_ per conto del veterinario ufficiale \_\_\_\_\_ ([\*] oppure dall'utente/veterinario ufficiale \_\_\_\_\_) sulla base della documentazione agli atti del servizio veterinario ufficiale e nel rispetto di quanto previsto dal capitolo 3 del "Manuale operativo per la gestione dell'anagrafe bovina – provvedimento 26 maggio 2005 della Conferenza Permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano".

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

Firma (ove necessario) \_\_\_\_\_



(Generato dal CSN il \_\_\_\_\_)



Colore: \_\_\_\_\_

Numero Modello 4 ( \_\_\_\_\_ ) del \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Allegato – identificazione degli animali movimentati****ELENCO CAPI BOVINI MOVIMENTATI**

Num	Codice Capo / Codice Elettronico	Specie	Data di nascita	Sesso	Razza	Provenienza	Controllo pre-movimentazione (nei casi previsti)		
							Malattia	Esito	Data controllo
1	IT 								
2									

Annotare eventuali modifiche riguardanti l'elenco degli animali movimentati riscontrate al momento della partenza.  
Tali modifiche dovranno essere registrate in Banca Dati Nazionale non appena possibile.

.....  
 .....  
 .....  
 .....

Il Detentore

\_\_\_\_\_


(Generato dal CSN il \_\_\_\_\_)



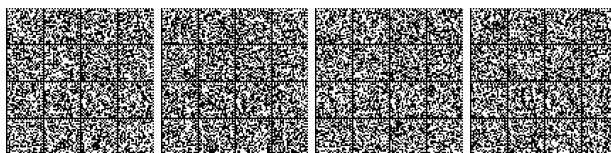
Colore: \_\_\_\_\_

Numero Modello 4 ( \_\_\_\_\_ ) del \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Allegato – identificazione degli animali immunizzati****ELENCO CAPI BOVINI IMMUNIZZATI**

Codice Capo	Immunizzati per	Piano di vaccinazione	Data Vaccinazione	Data Richiamo
IT 				


(Generato dal CSN il \_\_\_\_\_)



Colore: \_\_\_\_\_

Numero Modello 4 ( \_\_\_\_\_ ) del \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Allegato – identificazione degli animali sottoposti a trattamenti****ELENCO CAPI BOVINI SOTTOPOSTI A TRATTAMENTI**

Codice Capo	Tipologia di Trattamento	Denominazione	Confezione	Data di ultima Somministrazione	Tempo di sospensione
IT 					

(Generato dal CSN il \_\_\_\_\_)




Colore: \_\_\_\_\_

Numero Modello 4 ( \_\_\_\_\_ ) del \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_



**Allegato – elenco degli animali sottoposti ad esami di laboratorio pertinenti per la sicurezza alimentare**

**ELENCO CAPI BOVINI SOTTOPOSTI AD ESAMI DI LABORATORIO**

Codice Capo/Gruppo	Esame	Data di esecuzione	Risultato
IT 			

(Generato dal CSN il \_\_\_\_\_)

16A06489

