

Da inviare almeno tre giorni prima della movimentazione tramite mail: asfo.protgen@certsanita.fvg.it

Il sottoscritto: Cognome _____ Nome _____

detentore degli animali dell'allevamento con CODICE AZIENDALE

I	T				P	N			
---	---	--	--	--	---	---	--	--	--

DENOMINAZIONE ALLEVAMENTO _____

Telefono _____ Email _____

Indicare per ogni capo da movimentare i seguenti dati:

CODICE ELETTRONICO	NOME PASSAPORTO	CODICE UELN

a) DESTINAZIONE ALLEVAMENTO

Destinatario _____ Cod. Az. _____

Via _____ n. _____ Comune _____ Prov. _____

b) DESTINAZIONE MACELLO (da compilare solo in caso di invio al macello)

Denominazione _____ Regione _____ Codice

						M
--	--	--	--	--	--	---

Dichiara che gli animali destinati alla macellazione:

- NON SONO STATI TRATTATI O ALIMENTATI CON SOSTANZE DI CUI È VIETATO L'IMPIEGO
- nei 90 giorni precedenti la data odierna dalla nascita
 - NON SONO STATI SONO STATI sottoposti a trattamento con le seguenti sostanze di cui art. 4 e 5 del D.Lgs. 158/2006
 - NON SONO STATI SONO STATI sottoposti a trattamento con i seguenti alimenti
 - NON SONO STATI SONO STATI sottoposti a trattamento con le seguenti specialità
- NON presentano presentano sintomi:

enterici respiratori cutanei locomotori altro _____
- NON SONO STATI SONO STATI eseguiti esami di laboratorio pertinenti per la sicurezza alimentare
- L'azienda HA NON HA ricevuto segnalazioni di non conformità nell'ultima partita di animali inviata al macello, da parte dei servizi veterinari dei macelli, relativi a:

elementi di identificazione rilevazioni ante/post mortem altro _____
- La percentuale di mortalità nell'azienda E' anomala NON E' anomala

Dichiara infine il Veterinario che fornisce assistenza zoottrica all'allevamento:

Nome _____ Cognome _____ Indirizzo _____

Comune _____ Tel. _____ N. Iscrizione Albo _____

DATI DEL TRASPORTO:

Data movimentazione _____ ora di partenza _____ durata viaggio _____

Mezzo di trasporto _____ targa _____

Conducente (Cognome e Nome) _____

Autorizzazione al trasporto N. _____ del _____

Luogo _____ Data _____ Firma _____

Avvertenza:

La compilazione del modello IV informatizzato è una prestazione a pagamento (cod. K34.03 - € 2,50 + iva 22%)

SPAZIO RISERVATO ALLA S.C. SANITA' ANIMALE AsFO

Ricevuto il _____ Inserito in BDN il _____ Timbro e Firma _____

Pervenuto all'ufficio amministrativo il _____ Registrato il _____ Firma _____