

Da inviare almeno tre giorni prima della movimentazione tramite mail a: [asfo.protgen@certsanita.fvg.it](mailto: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 \_\_\_\_\_

**MARCA AURICOLARE** dei capi da movimentare 1) \_\_\_\_\_ 2) \_\_\_\_\_

A) MOVIMENTAZIONE INDIVIDUALE 3) \_\_\_\_\_ 4) \_\_\_\_\_

5) \_\_\_\_\_ 6) \_\_\_\_\_

B) MOVIMENTAZIONE PER PARTITA (solo verso macello per capi < 12 mesi) N. capi \_\_\_\_\_

**CAUSALE:**  VENDUTO AD ALLEVATORE ITALIANO  TRASFERITO SENZA VENDITA

a) **DESTINAZIONE ALLEVAMENTO** Identificativo capi \_\_\_\_\_

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:

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 seguenti sostanze di cui art. 4 e 5 del D.Lgs. 158/2006

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 alimentare

5. 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 \_\_\_\_\_

Ulteriori informazioni di cui all'Allegato I, sez. II del regolamento CE 2074/2005, qualora a disposizione, devono essere allegati al presente modello

6. 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 \_\_\_\_\_