

Da inviare almeno tre giorni prima della movimentazione tramite mail a: 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 _____

N. capi da movimentare _____ Cod. Aziendale di provenienza _____

N. modello IV di provenienza _____ Data modello IV di provenienza _____

Identificazione (tatuaggio) _____ Categoria: CINGHIALI GRASSI

LATTONZOLI MANGRONCELLI MAGRONI SCROFE SCROFETTE VERRI

a) DESTINAZIONE ALLEVAMENTO / FIERA-MERCATO

Destinatario _____ Cod. Az. _____

Via _____ n. _____ Comune _____ Prov. _____

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

Denominazione _____ Regione _____ Codice

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

c) DESTINAZIONE VENDITA PER AUTOCONSUMO Codice Fiscale _____

Dichiara 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 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 zoiatrica all'allevamento:

Nome _____ Cognome _____ Via _____ n. _____

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 _____