

Il sottoscritto _____ **Proprietario/Detentore dell'azienda identificata con Cod. Az. :** _____ **SP** _____

situata in in Via/Loc _____ **telefono:** _____ **indirizzo email:** _____

Consapevole che le dichiarazioni mendaci, la falsità sugli atti pubblici e l'uso di atti falsi, sono puniti ai sensi del Codice Penale e Leggi speciali in materia

DPR 445/2000, articolo 76:

Chiunque rilascia dichiarazioni mendaci, forma atti falsi o ne fa uso nei casi previsti dal presente testo unico e punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia.

L'esibizione di un atto contenente dati non piu' rispondenti a verita' equivale ad uso di atto falso.

Le dichiarazioni sostitutive rese ai sensi degli articoli 46 e 47 e le dichiarazioni rese per conto delle persone indicate nell'articolo 4, comma 2, sono considerate come fatte a pubblico ufficiale.

CHIEDE L'EMISSIONE DI UN MOD IV

DESTINAZIONE:

ALLEVAMENTO: _____ **CODICE AZIENDALE:** _____

IMPIANTO DI MACELLAZIONE: _____ **CODICE** _____

DATA DI USCITA: _____

DA COMPILARE SOLO PER IMPIANTO DI MACELLAZIONE:

Dichiara inoltre 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 agli art.4 e 5, del D.l.vo 16 marzo 2006, n.158**

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 specialita'**

3) **NON presentano** **presentano sintomi**

Enterici respiratori cutanei locomotori altro _____

4) **NON SONO STATI** **SONO STATI eseguiti esami di laboratorio pertinenti per la sicurezza alimentari**

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 _____

Ulteriori informazioni di cui all'Allegato I, sez. II del regolamento (CE) 2074/2005, qualora a disposizione, deve essere allegato al presente modello informatizzato

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

Azienda Sociosanitaria Ligure 5 La Spezia S.C. Sanità Animale

19123 La Spezia - Viale Fieschi 16/18 Tel 0187534400 Fax 01875351069

email: sanita_animale@asl5.liguria.it

protocollo.generale@pec.asl5.liguria.it



TRASPORTO:

TRASPORTATORE AUTORIZZATO:

A PIEDI

CONDUCENTE:

TRASPORTATORE (TITOLARE DELLA AUTORIZZAZIONE AL TRASPORTO):

TARGA:

AUTORIZZAZIONE (AL TRASPORTO CONTO TERZI,REGISTRAZIONE SE "CONTO PROPRIO"):

ORA PARTENZA:

DURATA VIAGGIO:

CAPI DA INSERIRE NEL MOD IV:

SUINI (PARTITA):

BOVINI

OVICAPRINI

SUINI

Identificazione	Categoria	Specie	n. capi	Azienda di provenienza	Riferimento provenienza (MOD IV o data nascita azienda)

CODICE IDENTIFICATIVO CAPO:

1) _____

2) _____

3) _____

4) _____

5) _____

Luogo e data

FIRMA

ALLEGARE DOCUMENTO DI IDENTITA' IN CORSO DI VALIDITA' DEL DICHIARANTE