

All' ASL n° 5 Spezzino

S.C. Sanità Animale

Viale Fieschi 16/18

19123 La Spezia

Il/la sottoscritto/a , nato/a a il identificativo fiscale residente in via Numero civico Comune di Recapito telefonico: Indirizzo di posta elettronica

Chiede che l'azienda di seguito descritta venga registrata e le venga attribuito un codice identificativo univoco ai sensi art. 14 D.Lgs.16 marzo 2006 n. 158 e, consapevole delle conseguenze amministrative e penali, previste dal DPR n. 445/2000, in caso di false attestazioni o dichiarazioni, dichiara che l'attività di allevamento più avanti descritta, per la quale chiede la registrazione, è da considerare **"PER USO DOMESTICO PRIVATO"***

**Allevamento familiare avicoli: allevamento rurale con capacità strutturale inferiore a 50 capi che non movimentano avicoli verso altre aziende e nel quale gli avicoli sono allevati esclusivamente per autoconsumo o utilizzo personale, senza alcuna attività commerciale.*

Allevamento familiare di conigli: allevamento con numero di fori nido, ossia di strutture fisiche che ospitano le fattrici, inferiore a venticinque, che non movimentano animali verso altre aziende e nel quale gli animali stessi sono allevati esclusivamente per autoconsumo o utilizzo personale, senza alcuna attività commerciale.

Ubicazione allevamento - Località: c.a.p. Comune di **Specie allevate:** Gallus gallus Avicoli misti ConiglioCapacità struttura: n°

Il/La sottoscritto/a si impegna a comunicare ogni variazione dei dati entro il termine previsto dal D.P.R. 317/96 (sette giorni).

Dichiara altresì di essere informato che la presente Notifica è valida esclusivamente per la Registrazione ai sensi del D.Lgs 158/2006 e non sostituisce altri eventuali atti ai fini dell'avvio dell'attività (ad es. atti in materia di edilizia, sicurezza e destinazione d'uso, urbanistica, tutela del paesaggio e ambientale, ecc.).

Autorizza, per gli effetti del D.lgs 196/2003, al trattamento dei propri dati personali nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Luogo e data**Il Proprietario/Detentore****SPAZIO RISERVATO ALL'AUTORITA' SANITARIA COMPETENTE: Codice aziendale attribuito**IT SP