

ALLEGATO E
certificato sanitario per il trasporto di animali morti

Intestazione Autorità Competente

N° Certificato _____

REGIONE _____

A.S.L. _____

ALLEVAMENTO []

SPOGLIE ANIMALI ABBANDONATI []

Codice Azienda I _____ I _____ I _____ I _____

PROPRIETARIO	DETENTORE	LOCALITA'	COMUNE	PROV

IDENTIFICAZIONE DEL/DEGLI ANIMALE/I

N°	SPECIE	RAZZA	Peso Kg.	SESSO	DATA DI NASCITA (giorno-mese-anno)	MARCA AURICOLARE/TATUAGGIO (compilare con attenzione)															
				• M • F	/ /																
				• M • F	/ /																
				• M • F	/ /																

In data odierna il sottoscritto ha sottoposto a visita sanitaria il/i capo/i sopra indicato/i

MORTO/I []

ABBATTUTO/ID'URGENZA []

ABBANDONATO []

per.....

Ai sensi del Regolamento (CE) 1069/2009, si dispone per l'invio a: Inceneritore [] Impianto di trasformazione [] Impianto di magazzinaggio con o senza manipolazione [] Ist. Zooprofil. Sperimentale [] contenitori di stoccaggio autorizzati da Regione P.A. []

ANIMALE DA SOTTOPORRE A PRELIEVO DELL'OBEX PRESSO L'IMPIANTO DI DESTINAZIONE: •
(in questo caso controllare con attenzione i dati relativi a: codice azienda, sesso, data di nascita e marca auricolare)

Il Veterinario Ufficiale

DATA/...../.....

timbro (o nome e cognome) e firma