

Spazio riservato ASL - Protocollo

- **Al Servizio Veterinario SC Sanità Animale** ASL Medio Campidano
 ➤ **Al Servizio Veterinario SS Igiene allevamenti e Produzioni Zootecniche**
 ASL Medio Campidano
 via Bologna n. 13 - 09025, Sanluri – via Montale 09036 Guspini
 Mail: sanita.animale@aslmediocampidano.it
 PEC: sanita.animale@pec.aslmediocampidano.it

e p.c. Al **Comune** di _____

RICHIESTA DI
(D.lgs. 134/22 art.2, comma 1, lettera f e DM 07/03/2023)

Chiusura : <input type="checkbox"/> Stabilimento <input type="checkbox"/> Allevamento <input type="checkbox"/> Sospensione (Massimo 24 mesi) dell'allevamento familiare di (Indicare specie detenuta). <input type="checkbox"/> Allevamento Apicoltura <input type="checkbox"/> Allevamento Asini <input type="checkbox"/> Allevamento Bardotti <input type="checkbox"/> Allevamento Bovini (Sola specie Bos taurus) <input type="checkbox"/> Allevamento Caprini <input type="checkbox"/> Allevamento Cavalli <input type="checkbox"/> Allevamento Lagomorfi <input type="checkbox"/> Allevamento Muli <input type="checkbox"/> Allevamento Ovini <input type="checkbox"/> Allevamento Pollame <input type="checkbox"/> Allevamento Suini	Numero di registrazione unico
<input type="checkbox"/> Variazione dei dati relativi all'allevamento familiare di (Indicare specie detenuta) <input type="checkbox"/> Allevamento Apicoltura <input type="checkbox"/> Allevamento Asini <input type="checkbox"/> Allevamento Bardotti <input type="checkbox"/> Allevamento Bovini (Sola specie Bos taurus) <input type="checkbox"/> Allevamento Caprini <input type="checkbox"/> Allevamento Cavalli <input type="checkbox"/> Allevamento Lagomorfi <input type="checkbox"/> Allevamento Muli <input type="checkbox"/> Allevamento Ovini <input type="checkbox"/> Allevamento Pollame <input type="checkbox"/> Allevamento Suini	Numero di registrazione unico

Il/La sottoscritto/a

Nato/a il	luogo di nascita
residente nel comune di	via/piazza/località
Cod.fiscale	Telefono
Indirizzo e-mail	
Documento di riconoscimento	n
rilasciato il	da

Chiede

- La chiusura: Stabilimento Allevamento Sospensione (Massimo 24 mesi) dell'allevamento familiare sopra indicato.
- La variazione dei seguenti dati inerenti all'allevamento familiare : _____

Il Sottoscritto, consapevole delle sanzioni penali in caso di dichiarazioni non veritiere e formazione o uso di atti falsi, consapevole inoltre della decadenza dai benefici eventualmente conseguenti sulla base della dichiarazione non veritiera (articoli 75 e 76 – D.P.R. 445/2000)

Il Sottoscritto dichiara inoltre di essere informato dell'informativa di cui all'art. 13 del D.Lgs.n.196/2003 in particolare delle finalità e modalità del trattamento cui sono destinati i dati

Allega alla presente un documento di riconoscimento in corso di validità.

Luogo e Data

Il Dichiarante

**CHIUSURA D'UFFICIO DELL'ALLEVAMENTO FAMILIARE
(Disposta dal Veterinario Ufficiale nei casi previsti)**

Il sottoscritto Dr	Veterinario Ufficiale dell'ASL Medio Campidano
--------------------	--

DISPONE

la chiusura d'ufficio dell'attività sopra indicata per i seguenti motivi:

Data	Firma e timbro
------	----------------