

RICHIESTA RICONOSCIMENTO/MANTENIMENTO QUALIFICA SANITARIA PER
LA PARATUBERCOLOSI BOVINA

Al Direttore del Dipartimento di Prevenzione
Veterinario della ASL

Il sottoscritto Cognome Nome
in qualità di
Proprietario Detentore
Ragione sociale allevamento
Codice aziendale
□□□ □□ □□□
sito nel Comune
Via / Località
Telefono

CHIEDE

di ottenere per il proprio allevamento l'acquisizione/mantenimento della qualifica sanitaria PT..... ai sensi del Piano regionale di certificazione della Paratubercolosi bovina

Firma del proprietario/detentore
.....

Firma del Veterinario Responsabile del Piano (ove presente)

PGS.....

Data

COMUNICAZIONE DEL NOMINATIVO DEL VETERINARIO RESPONSABILE DEL PIANO

(Da compilarsi alla prima comunicazione e, successivamente, nel solo caso di variazione del nominativo del Veterinario responsabile del Piano)

Il sottoscritto Cognome Nome
in qualità di
Proprietario Detentore
Ragione sociale allevamento
Codice aziendale
□□□ □□ □□□

DICHIARA

di avvalersi della collaborazione tecnica del Dott., Medico Veterinario,
N. di iscrizione all'Albo della provincia di
residente in via
Indirizzo mail
n telefono
C.F.

in qualità di Veterinario Responsabile del Piano,

Firma del proprietario/detentore

Firma del Veterinario Responsabile del Piano

Data