ato A/H

todichiarazione della registrazione come trasportatore "conto proprio" di equidi

:oscritto _____ C.F._____

:nte a _____

_____Comune_____

ınto proprietario/detentore di:

equidi allevati per diporto

equidi registrati o comunque non da macello

equidi comunque trasportati senza finalità economica

esso la propria abitazione/ l'allevamento _____

o in via _____Comune_____

pevole delle sanzioni penali previste dall'art. 26 ella legge 4 gennaio 1968 n. :r le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci ivi indicate (artt. 482, 483, 495 e 496 CP), nonché della sanzione della decadenza dai benefici conseguiti a to di un provvedimento adottato in base ad una dichiarazione rivelatasi ssivamente mendace,

DICHIARA

di essere a conoscenza dei principi espressi dagli articoli 3 e 27 del Reg. (CE) 1/2005 in materia di protezione degli animali durante il trasporto

- **di trasportare esclusivamente i propri equidi, con il proprio trailer/van*** **marca..... tipo..... targa..... soddisfando i requisiti del sopraccitato articolo 3 del Reg. (CE) 1/2005**
- **che il sopraindicato mezzo di trasporto ha pavimento e pareti ben connesse, lavabili e disinfettabili e raccordati tra loro in modo da impedire la fuoriuscita di liquami ed ha le seguenti dimensioni interne:**

SUPERFICE	
ALTEZZA	

- **di essere stato registrato nell'apposito registro dei trasportatori "conto proprio" di equidi presso i Servizi Veterinari dell'Az. USL di Rieti in data .....**

Si impegna altresì a attuare una procedura di controllo e manutenzione periodica per il mantenimento dei requisiti del mezzo di trasporto e di aggiornare presso il Servizio Veterinario in cui è stato registrato come trasportatore di equidi "conto proprio", ogni eventuale variazione inerente alla propria registrazione ed ai mezzi utilizzati per il trasporto di animali vivi.

Luogo, data ..... Firma .....

Visto, il Servizio Veterinario I.A.P.Z.

Luogo, data ..... Timbro/Firma.....

---

* *indicare le caratteristiche e generalità di ogni mezzo utilizzato per il trasporto di equidi*

SISTEMA SANITARIO REGIONALE
ASL
RIETI

REGIONE
LAZIO

Trattamento dei dati personali

Il/La sottoscritt..... nat ... a ..... il ..... e residente in ..... Via ..... n° ..... tel. .....

Ai sensi del Regolamento 2016/679/UE, dichiara di essere consapevole che i suoi dati personali, acquisiti tramite il presente modulo, saranno trattati dalla ASL di Rieti, titolare del trattamento, con l'ausilio di mezzi elettronici e cartacei per finalità riguardanti l'esecuzione degli obblighi derivanti dalla sottoscrizione del presente richiesta e per finalità statistiche e non saranno diffusi o comunicati a terzi. I dati saranno conservati sino al completamento delle attività connesse alla prestazione richiesta incluse quelle amministrative. In qualsiasi momento, con una comunicazione trasmessa alla Asl Rieti – Via del Terminillo 42, 02100 Rieti anche per il tramite del Responsabile Protezione Dati raggiungibile all'indirizzo : dpo@asl.rieti.it , potrà esercitare i diritti di cui agli artt. 15 e ss. del Regolamento fra i quali quello di accedere ai dati, chiederne la rettifica o la cancellazione nei casi previsti per legge. Gli interessati che ritengono che il trattamento dei dati personali a loro riferiti effettuato in riferimento a quanto indicato nella presente informativa avvenga in violazione di quanto previsto dal Regolamento hanno il diritto di proporre reclamo al Garante per la protezione dati personali, come previsto dall'art. 77 del Regolamento stesso, o di adire le opportune sedi giudiziarie (art. 79 del Regolamento).

HO LETTO E COMPRESO L'INFORMATIVA CHE PRECEDE

Data ..... Firma .....