## Allegato A/B

### *Check-list* per la certificazione dei requisiti dei mezzi di trasporto degli animali vertebrati vivi per viaggi superiori alle otto ore

Il sottoscritto autotrasportatore/legale rappresentante della ditta_____

_____con Sede Legale in

via_____Comune_____,

Sede operativa in _____Via_____,

Sede autorimessa per le operazioni di lavaggio automezzo_____

_____

**DICHIARA**

- **di essere a conoscenza dei requisiti obbligatori per il trasporto degli animali previsti dal Regolamento CE 1/2005 Allegato I, Capo II e Capo III**
- **che il mezzo..... marca.....**

  **tipo..... targa.....**

**DIMENSIONI INTERNE DELL'AUTOMEZZO:**

| | 1 PIANO | 2 PIANO | 3 PIANO | 4 PIANO | TOTALE |
|---|---|---|---|---|---|
| SUPERFICE | | | | | |
| ALTEZZA | | | | | |

**soddisfa i seguenti requisiti dell'Allegato I, Capo II, in particolare:**

| **Requisiti obbligatori previsti per il trasporto degli animali oltre le otto ore Regolamento 1/2005, Allegato I, Capo II** | | | |
|---|---|---|---|
| | **Elemento - Requisito** | **si** | **no** |
| capo II 1.1.a | Concepito, costruito, mantenuto in modo da non arrecare lesioni e sofferenze agli animali | | |
| capo II 1.1.b | Protezione efficace contro le temperature estreme, le intemperie, le variazioni climatiche avverse | | |
| capo II 1.1.c | Pavimento e pareti pulibili, lavabili e disinfettabili | | |
| capo II 1.1.g | Pavimento antisdrucciolo, privo di asperità | | |
| capo II 1.1.h | Pavimento solido, senza soluzioni di continuo, ben connesso alle pareti, che minimizzi la fuoriuscita di feci o urina | | |
| capo II 1.2 | Altezza interna adeguata alla specie trasportata | | |
| capo II 1.1.d | Pareti ben raccordate, solide e tali da impedire fughe degli animali, | | |
| capo II 1.1.4 | Paratie resistenti al peso degli animali, a parete piena, mobili e facili da posizionare | | |
| capo II 1.1.f | Portelloni per accesso diretto agli animali | | |
| capo II 2.2 | Adeguate attrezzature di carico/scarico, ovvero: | | (*) |
| | Rampe di carico/scarico, pulibili, lavabili e disinfettabili, concepite in modo da evitare lesioni agli animali: con pavimento antiscivolo e protezioni laterali che evitino fughe o cadute | | |
| | Inclinazione < 20° = 36,4% (vitelli, suini, equini ) | | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | Inclinazione < 26° 34' = 50% (ovini, bovini )<br>Inclinazione >10° = 17,6% rampa con assi trasversali | | |
| | Piattaforme di sollevamento e piani superiori con barriere di protezione che impediscano caduta e fuga degli animali. | | |
| (*) se non è possibile soddisfare il punto precedente, si impegna ad adottare procedure di carico/scarico che consentano le operazioni conformemente al Capo III, punti 1.3 e 1.4 del regolamento | | | |
| capo II 1.1.e,<br>capo II 1.2 | Ventilazione che assicuri una qualità e quantità d'aria appropriata ai bisogni degli animali trasportati | | |
| capo II 1.1.i | Adeguato sistema di illuminazione per la cura ed ispezione degli animali durante il trasporto e per il carico/scarico | | |
| capo II 2.1 | Contrassegno chiaro e visibile di trasporto animali vivi | | |

**Si impegna altresì a attuare una procedura di controllo e manutenzione periodica per il mantenimento di tali requisiti.**

Dichiara inoltre di destinare il veicolo al trasporto delle seguenti specie/categorie animali:

.....

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

**Limitazioni**:

□ idoneo al trasporto con carico e scarico degli animali solo presso strutture attrezzate in conformità al Capo III, punti 1.3 e 1.4 dell'Allegato I del Reg. (CE) 1/2005 (in quanto mezzo privo di rampa o delle relative protezioni laterali);

□ idoneo solo al trasporto di bovini diversi dai vitelli ed ovini (in quanto la pendenza della rampa è maggiore al 36,4%);

□ non idoneo a viaggi nel territorio nazionale relativi alla deroga delle 12 ore complessive fino al luogo di destinazione finale (in quanto sprovvisto delle opportune attrezzature per la ventilazione e l'abbeverata degli animali);

□ altro.....;

□ nessuna limitazione.

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

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

*Allegato all'autorizzazione n.....del..... di Tipo 1*
*del trasportatore.....*

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 .....