

AZIENDA SANITARIA LOCALE RIETI
 Via del Terminillo 42 www.asl.rieti.it www.asl.rieti.it
 c.f. p.i. 00821180577 Tel 0746 279870-77
 email: anagrafezootechnica@asl.rieti.it
Anagrafe degli Allevamenti e degli Insedimenti Produttivi
 Responsabile dott. Grillo Mauro

Prot _____

Al Ufficio Anagrafe
 degli Allevamenti e degli Insedimenti Produttivi
 Via del Terminillo 42 RIETI

Denuncia di nascita /Richiesta Identificazione Equide

(art. 5 del Decreto 30 settembre 2021 - Gestione e funzionamento dell'anagrafe degli equini)

Il/la sottoscritto/a _____ in qualità di proprietario/detentore dell'allevamento

Specie detenuta _____ Cod. Aziendale: _____ Id Fiscale _____

Denominazione allevamento _____

sotto la propria responsabilità dichiara che i dati relativi alla nascita dei seguenti capo è:

I. DATI DEL PULEDRO				
Identificativo/nome*:		Data Nascita*:		Sesso*: F M
Specie*:		Mantello:		Ident. semplificata capi destinati direttam. al macello (fascia pastorale)*: SI NO
DATI DELLA MADRE	Codice elettronico*:		Codice UELN:	
	Passaporto:		Ident./Nome:	
I Proprietario CF*		II Proprietario CF		III Proprietario CF

Inoltre dichiara che il Soggetto incaricato per l'identificazione è*:
 Organismo di rilascio autorizzato ai sensi art. 4 comma 1 indicare organismo _____

 Libero professionista autorizzato ai sensi art. 4 comma 3 Dr/Dr.ssa _____

 ASL competente per territorio ai sensi art. 4 comma 5

Data ____/____/____

Firma detentore/proprietario _____

I contraenti, ai sensi del Regolamento (UE) 2016/679 e del Decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196, come modificato dal Decreto Legislativo 10 agosto 2018, n. 101, informati sui propri diritti nei confronti del trattamento dei dati personali, prendono atto che il trattamento è effettuato nei limiti posti dalla legge, inclusa la salvaguardia di riservatezza, ed esprimono il proprio consenso al trattamento dei dati personali che li riguardano da parte di codesta ASL / organismo di rilascio. I contraenti si assumono inoltre le responsabilità delle dichiarazioni rese, consapevoli delle conseguenze derivanti dal rilascio di false dichiarazioni, ai sensi del D.P.R. 445/2000.

Data: ____ / ____ / ____

Firma leggibile del proprietario cedente:

Firma leggibile del nuovo proprietario:
