

Allegato H



Al Servizio Veterinario
dell' Azienda Sanitaria Locale di
PIACENZA

Autodichiarazione della registrazione come trasportatore “conto proprio” di equidi

Il sottoscritto _____

C.F. _____

residente a _____

via _____

Comune _____

telefono _____

cellulare _____ e-mail _____

timbro

in quanto proprietario/detentore di:

- equidi allevati per diporto
- equidi registrati o comunque non da macello
- equidi comunque trasportati senza finalità economica

presso la propria abitazione/ l'allevamento _____

sito in via _____ Comune _____

consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 26 della legge 4 gennaio 1968 n. 15, per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci ivi indicate (artt. 482, 483, 489, 495 e 496 CP), nonché della sanzione della decadenza dai benefici conseguiti a seguito di un provvedimento adottato in base ad una dichiarazione rivelatasi successivamente 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..... soddisfacendo 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:

SUPERFICIE	m²
ALTEZZA	cm

- di essere stato registrato nell'apposito registro dei trasportatori "conto proprio" di equidi presso il Servizio Veterinario dell'Azienda Sanitaria Locale di Piacenza della Regione Emilia-Romagna in data

Si impegna ad attuare una procedura di controllo e manutenzione periodica per il mantenimento dei requisiti del mezzo di trasporto, di aggiornare presso il Servizio Veterinario in cui è stato registrato come produttore primario ogni eventuale variazione inerente alla propria registrazione ed ai mezzi utilizzati per il trasporto di animali vivi entro 15 giorni lavorativi e ad effettuare il pagamento del bollettino postale intestato all'Azienda U.S.L. Piacenza – Dip. Sanità Pubblica Area Veterinaria – Serv. Tes. sul C/C n.° 10430296, fornito dal Servizio Veterinario.

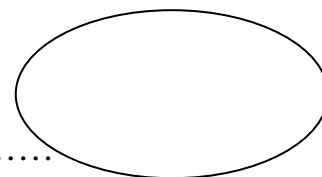
Luogo, data

Firma

Visto, il Servizio Veterinario

Luogo, data

Timbro/Firma.....



(VALIDO 5 ANNI A PARTIRE DALLA DATA DEL VISTO)