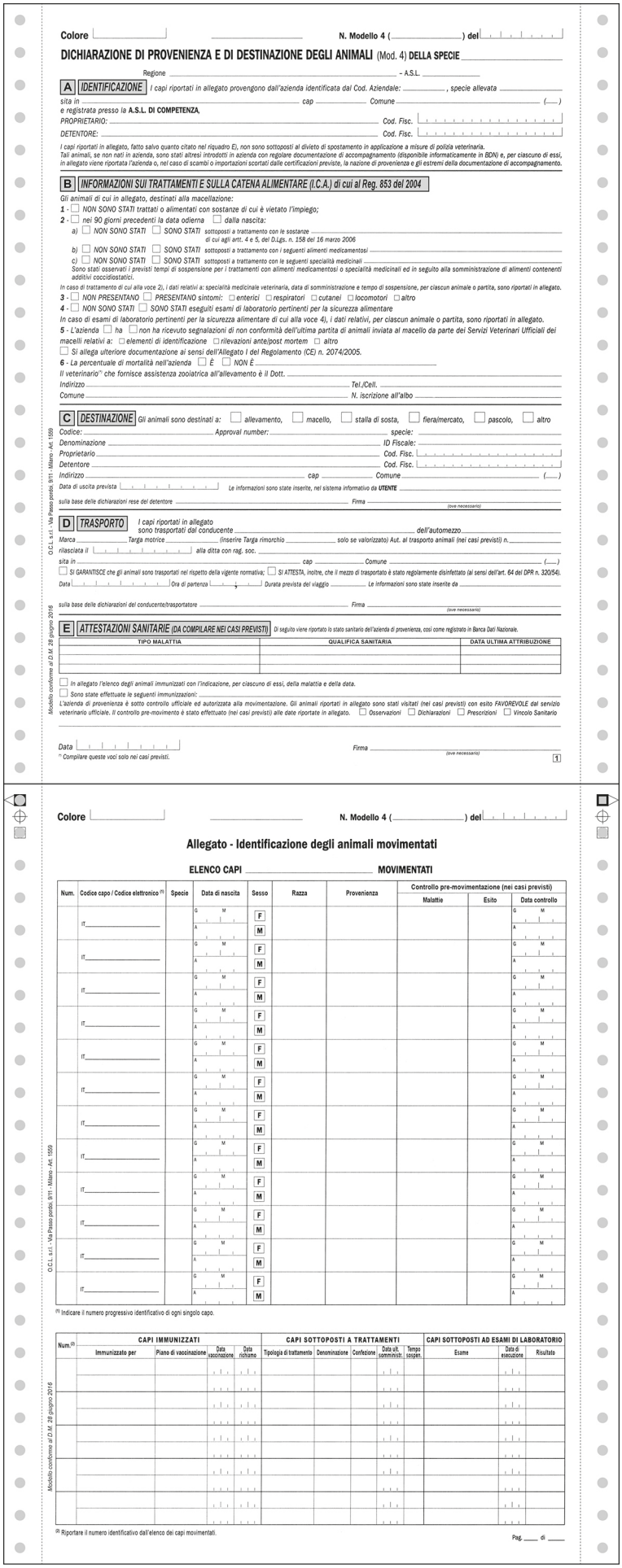

Colore _____ N. Modello 4 (_____) del _____

DICHIARAZIONE DI PROVENIENZA E DI DESTINAZIONE DEGLI ANIMALI (Mod. 4) **DELLA SPECIE** _____

Regione _____ - A.S.L. _____

A **IDENTIFICAZIONE** *I capi riportati in allegato provengono dall'azienda identificata dal Cod. Aziendale: _____, specie allevata _____*

sita in _____ cap _____ Comune _____ (____)

e registrata presso la **A.S.L. DI COMPETENZA,**

PROPRIETARIO: _____ Cod. Fisc. _____

DETENTORE: _____ Cod. Fisc. _____

I capi riportati in allegato, fatto salvo quanto citato nel riquadro E), non sono sottoposti al divieto di spostamento in applicazione a misure di polizia veterinaria.
Tali animali, se non nati in azienda, sono stati altresì introdotti in azienda con regolare documentazione di accompagnamento (disponibile informaticamente in BDN) e, per ciascuno di essi, in allegato viene riportata l'azienda o, nel caso di scambi o importazioni scortati dalle certificazioni previste, la nazione di provenienza e gli estremi della documentazione di accompagnamento.

B **INFORMAZIONI SUI TRATTAMENTI E SULLA CATENA ALIMENTARE (I.C.A.) di cui al Reg. 853 del 2004**

Gli animali di cui in allegato, destinati alla macellazione:

1 - ☐ *NON SONO STATI trattati o alimentati con sostanze di cui è vietato l'impiego;*

2 - ☐ *nei 90 giorni precedenti la data odierna* ☐ *dalla nascita:*

a) ☐ *NON SONO STATI* ☐ *SONO STATI sottoposti a trattamento con le sostanze _____*
di cui agli artt. 4 e 5, del D.Lgs. n. 158 del 16 marzo 2006

b) ☐ *NON SONO STATI* ☐ *SONO STATI sottoposti a trattamento con i seguenti alimenti medicamentosi _____*

c) ☐ *NON SONO STATI* ☐ *SONO STATI sottoposti a trattamento con le seguenti specialità medicinali _____*
Sono stati osservati i previsti tempi di sospensione per i trattamenti con alimenti medicamentosi o specialità medicinali ed in seguito alla somministrazione di alimenti contenenti additivi coccidiostatici.

In caso di trattamento di cui alla voce 2), i dati relativi a: specialità medicinale veterinaria, data di somministrazione e tempo di sospensione, per ciascun animale o partita, sono riportati in allegato.

3 - ☐ *NON PRESENTANO* ☐ *PRESENTANO sintomi:* ☐ *enterici* ☐ *respiratori* ☐ *cutanei* ☐ *locomotori* ☐ *altro*

4 - ☐ *NON SONO STATI* ☐ *SONO STATI eseguiti esami di laboratorio pertinenti per la sicurezza alimentare*

In caso di esami di laboratorio pertinenti per la sicurezza alimentare di cui alla voce 4), i dati relativi, per ciascun animale o partita, sono riportati in allegato.

5 - *L'azienda* ☐ *ha* ☐ *non ha ricevuto segnalazioni di non conformità dell'ultima partita di animali inviata al macello da parte dei Servizi Veterinari Ufficiali dei macelli relativi a:* ☐ *elementi di identificazione* ☐ *rilevazioni ante/post mortem* ☐ *altro*

☐ *Si allega ulteriore documentazione ai sensi dell'Allegato I del Regolamento (CE) n. 2074/2005.*

6 - *La percentuale di mortalità nell'azienda* ☐ *È* ☐ *NON È _____*

Il veterinario(*) che fornisce assistenza zooiatrica all'allevamento è il Dott. _____

Indirizzo _____ Tel./Cell. _____

Comune _____ N. iscrizione all'albo _____

C **DESTINAZIONE** *Gli animali sono destinati a:* ☐ *allevamento,* ☐ *macello,* ☐ *stalla di sosta,* ☐ *fiera/mercato,* ☐ *pascolo,* ☐ *altro*

Codice: _____ Approval number: _____ specie: _____

Denominazione _____ ID Fiscale: _____

Proprietario _____ Cod. Fisc. _____

Detentore _____ Cod. Fisc. _____

Indirizzo _____ cap _____ Comune _____ (____)

Data di uscita prevista _____ Le informazioni sono state inserite, nel sistema informativo da ***UTENTE*** *_____*

sulla base delle dichiarazioni rese del detentore _____ Firma _____ (ove necessario)

D **TRASPORTO** *I capi riportati in allegato sono trasportati dal conducente _____ dell'automezzo _____*

Marca _____ Targa motrice _____ (inserire Targa rimorchio _____ solo se valorizzato) Aut. al trasporto animali (nei casi previsti) n. _____

rilasciata il _____ alla ditta con rag. soc. _____

sita in _____ cap _____ Comune _____ (____)

☐ *SI GARANTISCE che gli animali sono trasportati nel rispetto della vigente normativa;* ☐ *SI ATTESTA, inoltre, che il mezzo di trasportato è stato regolarmente disinfettato (ai sensi dell'art. 64 del DPR n. 320/54).*

Data _____ Ora di partenza _____ Durata prevista del viaggio _____ Le informazioni sono state inserite da _____

sulla base delle dichiarazioni del conducente/trasportatore _____ Firma _____ (ove necessario)

E **ATTESTAZIONI SANITARIE** *(DA COMPILARE NEI CASI PREVISTI)* *Di seguito viene riportato lo stato sanitario dell'azienda di provenienza, così come registrato in Banca Dati Nazionale.*

TIPO MALATTIA	QUALIFICA SANITARIA	DATA ULTIMA ATTRIBUZIONE

☐ *In allegato l'elenco degli animali immunizzati con l'indicazione, per ciascuno di essi, della malattia e della data.*

☐ *Sono state effettuate le seguenti immunizzazioni: _____*

L'azienda di provenienza è sotto controllo ufficiale ed autorizzata alla movimentazione. Gli animali riportati in allegato sono stati visitati (nei casi previsti) con esito FAVOREVOLE dal servizio veterinario ufficiale. Il controllo pre-movimento è stato effettuato (nei casi previsti) alle date riportate in allegato. ☐ *Osservazioni* ☐ *Dichiarazioni* ☐ *Prescrizioni* ☐ *Vincolo Sanitario*

Data _____ Firma _____ (ove necessario)

(*) Compilare queste voci solo nei casi previsti.

1

Modello conforme al D.M. 28 giugno 2016

O.C.L. s.r.l. - Via Passo pordoi, 9/11 - Milano - Art. 1559

Colore _____ N. Modello 4 (_____) del _____

Allegato - Identificazione degli animali movimentati

ELENCO CAPI _____ **MOVIMENTATI**

Num.	Codice capo / Codice elettronico (1)	Specie	Data di nascita	Sesso	Razza	Provenienza	Controllo pre-movimentazione (nei casi previsti)		
							Malattie	Esito	Data controllo
	IT_____		G M A	F M					G M A
	IT_____		G M A	F M					G M A
	IT_____		G M A	F M					G M A
	IT_____		G M A	F M					G M A
	IT_____		G M A	F M					G M A
	IT_____		G M A	F M					G M A
	IT_____		G M A	F M					G M A
	IT_____		G M A	F M					G M A
	IT_____		G M A	F M					G M A
	IT_____		G M A	F M					G M A
	IT_____		G M A	F M					G M A
	IT_____		G M A	F M					G M A

(1) Indicare il numero progressivo identificativo di ogni singolo capo.

Num. (2)	CAPI IMMUNIZZATI				CAPI SOTTOPOSTI A TRATTAMENTI					CAPI SOTTOPOSTI AD ESAMI DI LABORATORIO		
	Immunizzato per	Piano di vaccinazione	Data vaccinazione	Data richiamo	Tipologia di trattamento	Denominazione	Confezione	Data ult. comminist.	Tempo sospen.	Esame	Data di esecuzione	Risultato

(2) Riportare il numero identificativo dell'elenco dei capi movimentati.

Pag. ____ di ____

Modello conforme al D.M. 28 giugno 2016

O.C.L. s.r.l. - Via Passo pordoi, 9/11 - Milano - Art. 1559

DICHIARAZIONE DI PROVENIENZA ANIMALI

Codice articolo
1559

Mod. 4
Modulo continuo a 4 copie
Carta chimica.
25 moduli

F.to 240 x 24" mm. (610mm)

BAR-CODE
25 moduli
8 032611 903083