

 SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA Azienda Unità Sanitaria Locale di Bologna	Istituto delle Scienze Neurologiche Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico

All'Azienda Unità Sanitaria Locale di BOLOGNA – UOC Veterinaria A e C

Il Sottoscritto:

Cognome e Nome:		
Denominazione Azienda:		
Codice Fiscale/Partita IVA:		
Sito in (via e n. civico):		
Codice Aziendale:		
Telefono n.:	cellulare n.:	Fax:

in qualità di proprietario/detentore dell'allevamento di ovicapri

consapevole che le dichiarazioni false, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi comportano l'applicazione delle sanzioni penali previste dagli Art.li 75 e 76 del D.P.R. 445/2000 e la decadenza dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera

Comunica quanto segue:

Consistenza media (facoltativo): capi n. _____;

CENSIMENTO ANNO _____ : Data effettuazione censimento: _____

OVINI:

Numero maschi adulti (oltre 12 mesi)		di cui iscritti a libro	
Numero femmine adulte (oltre 12 mesi)		di cui iscritti a libro	
Numero maschi della quota di rimonta		di cui iscritti a libro	
Numero femmine della quota di rimonta		di cui iscritti a libro	
Capi totali presenti in allevamento Marcati /da marcare individualmente			
Totale agnelli da macello marcati collettivamente*			

*da non computare nei "capi totali presenti in allevamento marcati/da marcare individualmente"

CAPRINI:

Numero maschi adulti (oltre 12 mesi)		di cui iscritti a libro	
Numero femmine adulte (oltre 12 mesi)		di cui iscritti a libro	
Numero maschi della quota di rimonta		di cui iscritti a libro	
Numero femmine della quota di rimonta		di cui iscritti a libro	
Capi totali presenti in allevamento Marcati /da marcare individualmente			
Totale capretti da macello marcati collettivamente*			

*da non computare nei "capi totali presenti in allevamento marcati/da marcare individualmente"

si impegna inoltre a comunicare ogni movimentazione di capi in ingresso o in uscita (nati, acquistati, venduti, morti, smarriti, rubati) entro 7 giorni dall'evento mediante la consegna di copia della relativa documentazione.

Informativa ai sensi dell'art. 13 del Regolamento 679/2016/UE

I dati da lei forniti sono utilizzati nel rispetto della normativa privacy, esclusivamente per il fine relativo alla sua richiesta. I dati sono trattati con mezzi informatici o cartacei e possono essere utilizzate altre modalità (audio, video, ecc.) ritenute utili caso per caso. I dati sono trattati da personale dipendente o da altri oggetti che collaborano con l'Azienda (ad es. medici in formazione specialistica, tirocinanti, ecc.), tutti debitamente a ciò autorizzati dal titolare o da un suo delegato; sono comunque protetti, in modo da garantirne la sicurezza, la riservatezza e l'accesso al solo personale autorizzato. I suoi dati sono conservati per il tempo necessario al perseguimento della finalità per la quale sono trattati, fatto salvo il maggior tempo necessario per adempiere ad obblighi di legge, in ragione della natura del dato o del documento o per motivi di interesse pubblico o per l'esercizio di pubblici poteri, tenuto conto di quanto previsto dal Piano di conservazione della documentazione aziendale (cd. Massimario di scarto).

L'informativa completa redatta ai sensi dell'art.13 del Regolamento 679/2016/UE è reperibile sul sito web istituzionale all'indirizzo <http://www.ausl.bologna.it>

Data, _____

Firma _____

Timbro e data dell'ufficio ricevente
