



All'A.S.L. di

.....
.....
.....

E p.c.

All'Organismo di controllo

.....
.....
.....

Oggetto: istanza di autorizzazione per l'esecuzione di mutilazioni in allevamenti ad indirizzo biologico ai sensi del Reg. n. 2008/889/CE.

Il sottoscritto

nato a

prov. |_|_|

il |_|_|/|_|_|/|_|_|_|_|

in qualità di |_| proprietario o |_| detentore degli animali

Ragione sociale

codice fiscale |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| partita I.V.A. |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Con sede legale e/o amministrativa sita in

Indirizzo

C.A.P. – Località

prov. |_|_|

sede produttiva sita in (indicare solo se diversa dalla sede legale e/o amministrativa)

Codice aziendale |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| / |_|_| CUAU |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Indirizzo

C.A.P. – Località

prov. |_|_|

Telefono |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| Fax |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

e-mail

CHIEDE

a codesta Spett. ASL, che ai sensi del Reg. n. 2008/889/CE art. 18, comma 1 e decreto MIPAAF REGISTRO UFFICIALE 0018354-27/11/2009 di essere autorizzato a far sottoporre alle seguenti pratiche:

- |_| **decorazione**
- |_|
- |_|

i seguenti animali:

tabella A

Specie	Marca auricolare (quando obbligatoria)	Motivo della mutilazione

Le mutilazioni degli animali sopra identificati saranno eseguite dal medico veterinario Dr..... N. di iscrizione all'Ordine dei medici veterinari della provincia di

In fede
(firma e timbro)

Il sottoscritto

nato a

prov. |_|_|

il |_|_|/|_|_|/|_|_|_|_|

in qualità di |_| medico veterinario

N. di iscrizione all'Ordine dei medici veterinari della provincia di

si impegna ad eseguire le mutilazioni sugli animali inseriti nella tabella A della presente istanza ed a rilasciare la dichiarazione di esecuzione dell'intervento con l'identificazione degli animali coinvolti.

In fede
(firma e timbro)

Località,

li, |_|_|/|_|_|/|_|_|_|_|