

Modello 4

È la dichiarazione di provenienza che accompagna l'animale durante il trasporto e contiene le informazioni riguardanti l'identificazione (parte A), le dichiarazioni per il macello riguardo ai trattamenti farmacologici o con sostanze vietate (ormoni) (parte B), la destinazione (parte C), i dati del trasportatore (parte D), e l'attestazione sanitaria del veterinario che ha visitato il capo prima dello spostamento (parte E).

Esso deve sempre essere compilato in almeno 4 copie:

- una per l'azienda di spedizione;
- una per il servizio veterinario della A.S.L. di partenza;
- una per l'azienda di arrivo;
- una per il servizio veterinario della A.S.L. di arrivo.

Il mod. 4 è di colore rosa (figura 1) se il capo è spostato da un allevamento, verde (figura 2) se è spostato da una stalla di sosta, è giallo (figura 3) se è spostato da una fiera o mercato.

figura 1

REGIONE TOSCANA
AZIENDA SANITARIA DI FIRENZE
DICHIARAZIONE DI PROVENIENZA DEGLI ANIMALI (art. 103 P.R. 28-08-01-2017)

A. IDENTIFICAZIONE

Il sottoscritto, in qualità di direttore degli animali della Azienda alla quale, _____ Comune di _____ Prov. _____, registra presso l'U.S.L. n. _____ di _____ dichiara che i seguenti animali:

specie	categoria	n.	CONTINUAZIONE DI IDENTIFICAZIONE DEGLI ANIMALI O CONTROFOTOCO

non sono stati di fonte di infezione, di contaminazione o mezzo di vettore infettivo. Dichiara altresì che gli animali suddetti sono stati tenuti nei luoghi autorizzati e sottoposti a programmi di attività finalizzati ad impedirne l'ulteriore diffusione.

B. DICHIARAZIONE PER IL SACCELLO

Dichiara inoltre che gli animali destinati alla macellazione:

1) non sono stati trattati o amministrati con sostanze di cui è vietato l'impiego della macella

2) nei 30 giorni precedenti la data odierna della macella

3) non sono stati sono stati sottoposti a trattamenti con le seguenti sostanze di cui all'art. 8, comma 1 del D. L. n. 27-01-1982, n. 118

4) non sono stati sono stati sottoposti a trattamenti con i seguenti alimenti medicamentosi

5) non sono stati sono stati sottoposti a trattamenti con i seguenti prodotti medicinali

6) sono stati esposti, preventivi tempi di sospensione per i trattamenti con prodotti di cui sopra, al punto n. 3

7) dichiara inoltre di allegare copia dell'elenco dei trattamenti ricevuti prima del salamento o del salamento prescelto come previsto dal D. L. n. del 27-01-1982 e del D. M. del 28-09-1982.

C. DESTINAZIONE

Gli animali sono destinati a: allevamento macello macello sala di attesa altro _____ Prov. _____

dal giorno _____ del mese _____ a destinazione degli animali _____

D. TRASPORTO

Il sottoscritto (nome, cognome, ragione sociale) _____ Comune di _____ Prov. _____, in qualità di trasportatore, garantisce che gli animali suddetti sono esposti nel rispetto della vigente normativa. Dichiara, inoltre, che il mezzo di trasporto è stato regolarmente disinfectato gli anni scorsi, da un D.P.A. 2003/4, nel _____ a Trasporti/Trasporti.

E. ATTESTAZIONI SANITARIE **DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE U.O. SANITA' ANIMALE Serie e N. 03960**

Il sottoscritto dichiara di aver visitato gli animali di cui sopra con solo **FINALITA' DI SALUTE** (7) che dagli atti di questo ufficio, l'azienda di provenienza o altro controllo ufficiale con la seguente specificazione e che gli animali non risultano essere stati sottoposti con cura **LABORATORIO** che viene designato per:

SALETTA	DEI CONTROLLI SANI	DEI CONTROLLI SOSPETTI	SALUTE ALTERNATIVE

Il presente attestato ha validità 15 giorni, rinnovabile di mese in mese.

Gli animali suddetti sono stati sottoposti a: Diagnosi Prevalenza Visita Sanitaria _____ in data _____

Aut. _____ **A. VERIFICATORE UFFICIALE**

figura 2

REGIONE TOSCANA
AZIENDA SANITARIA DI FIRENZE
DICHIARAZIONE DI PROVENIENZA DEGLI ANIMALI (art. 103 P.R. 28-08-01-2017)

A. IDENTIFICAZIONE

Il sottoscritto, in qualità di direttore degli animali della Azienda alla quale, _____ Comune di _____ Prov. _____, registra presso l'U.S.L. n. _____ di _____ dichiara che i seguenti animali:

specie	categoria	n.	CONTINUAZIONE DI IDENTIFICAZIONE DEGLI ANIMALI O CONTROFOTOCO

non sono stati di fonte di infezione, di contaminazione o mezzo di vettore infettivo. Dichiara altresì che gli animali suddetti sono stati tenuti nei luoghi autorizzati e sottoposti a programmi di attività finalizzati ad impedirne l'ulteriore diffusione.

B. DICHIARAZIONE PER IL SACCELLO

Dichiara inoltre che gli animali destinati alla macellazione:

1) non sono stati trattati o amministrati con sostanze di cui è vietato l'impiego della macella

2) nei 30 giorni precedenti la data odierna della macella

3) non sono stati sono stati sottoposti a trattamenti con le seguenti sostanze di cui all'art. 8, comma 1 del D. L. n. 27-01-1982, n. 118

4) non sono stati sono stati sottoposti a trattamenti con i seguenti alimenti medicamentosi

5) non sono stati sono stati sottoposti a trattamenti con i seguenti prodotti medicinali

6) sono stati esposti, preventivi tempi di sospensione per i trattamenti con prodotti di cui sopra, al punto n. 3

7) dichiara inoltre di allegare copia dell'elenco dei trattamenti ricevuti prima del salamento o del salamento prescelto come previsto dal D. L. n. del 27-01-1982 e del D. M. del 28-09-1982.

C. DESTINAZIONE

Gli animali sono destinati a: allevamento macello macello sala di attesa altro _____ Prov. _____

dal giorno _____ del mese _____ a destinazione degli animali _____

D. TRASPORTO

Il sottoscritto (nome, cognome, ragione sociale) _____ Comune di _____ Prov. _____, in qualità di trasportatore, garantisce che gli animali suddetti sono esposti nel rispetto della vigente normativa. Dichiara, inoltre, che il mezzo di trasporto è stato regolarmente disinfectato gli anni scorsi, da un D.P.A. 2003/4, nel _____ a Trasporti/Trasporti.

E. ATTESTAZIONI SANITARIE **DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE U.O. SANITA' ANIMALE Serie e N. 0462**

Il sottoscritto dichiara di aver visitato gli animali di cui sopra con solo **FINALITA' DI SALUTE** (7) che dagli atti di questo ufficio, l'azienda di provenienza o altro controllo ufficiale con la seguente specificazione e che gli animali non risultano essere stati sottoposti con cura **LABORATORIO** che viene designato per:

SALETTA	DEI CONTROLLI SANI	DEI CONTROLLI SOSPETTI	SALUTE ALTERNATIVE

Il presente attestato ha validità 15 giorni, rinnovabile di mese in mese.

Gli animali suddetti sono stati sottoposti a: Diagnosi Prevalenza Visita Sanitaria _____ in data _____

Aut. _____ **A. VERIFICATORE UFFICIALE**

figura 3

REGIONE TOSCANA
AGENZIA SANITARIA DI FIRENZE

DICHIARAZIONE DI PROVENIENZA DEGLI ANIMALI (art. 10, D.P.R. 28/02/1988, art. 9)

A. IDENTIFICAZIONE

Il sottoscritto _____ in qualità di direttore degli animali della
Azienda Sanitaria di Firenze _____ Comune di _____ Prov. _____
cod. azienda _____ regione anagrafica (A.S.) _____ di _____ dichiara che, riguardanti animali

specie	categoria	nr.	SUBSTRAGGIO DI IDENTIFICAZIONE DEGLI ANIMALI E CONTENITORE

relativi animali di loro o di terzi, in possesso, in custodia o in cura a pieno titolo, ovvero che gli animali suddetti non sono stati sottoposti ad alcun trattamento di sterilizzazione o di altro tipo, o sottoposti ad altro trattamento che non sia quello di cui sopra.

B. DICHIARAZIONE PER IL NASCITO

Dichiaro inoltre che gli animali nati più recentemente:

1) non sono stati sottoposti a trattamenti con sostanze di cui è vietato l'impiego
2) nei 30 giorni precedenti la loro nascita dalla nascita
a) non sono stati sono stati sottoposti a trattamento con le seguenti sostanze di cui all'art. 9, comma 1 del D. L. n. 23/01/1992 n. 743
b) non sono stati sono stati sottoposti a trattamento con le seguenti sostanze medicinali
c) non sono stati sono stati sottoposti a trattamento con le seguenti sostanze medicinali

3) sono stati sottoposti a periodi brevi di esposizione per i trattamenti con i prodotti di cui sopra, al punto n. 2.
4) dichiara inoltre di allegare copia autentica dei trattamenti, secondo forma del modulo n. 2 che saranno presentati come richiesto dal D. L. n. 23/01/1992 n. 743 o dal D. L. n. 23/01/1992.

C. DESTINAZIONE

gli animali sono destinati a: allevamento mercato mercato sala di posta altro
di cui _____ Comune di _____ Prov. _____
data _____ e dichiarazione della nascita

D. TRASPORTO

il sottoscritto (nome, cognome, regione anagrafica)
del n. _____ Comune di _____ Prov. _____
condizione del mezzo di trasporto _____
dichiara che gli animali suddetti sono trasportati nel rispetto della vigente normativa.
Il veicolo, inoltre, oltre il veicolo di trasporto è stato regolarmente autorizzato ad essere usato ai sensi del D.P.R. 28/02/1988.
data _____ a. _____

REGIONE TOSCANA - AGENZIA SANITARIA DI FIRENZE
DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE
S.S. SANITÀ ANIMALE

E. ATTESTAZIONE SANITARIA **Carta n. N. 0011**

Il sottoscritto dichiara di aver visitato gli animali di cui sopra con uno **FAVOREVOLE** o non
favorevole (?) che degli atti di questo ufficio, relativi al provvedimento di salute concernente il suddetto animale, specificando se uno
gli animali sottoposti sono stati sottoposti con uno **FAVOREVOLE** alla prima registrazione per

specie	numero di animali	data di nascita	data di registrazione	data di controllo

Il presente documento ha validità di prova, osservando gli articoli di legge.

La presente dichiarazione è stata redatta in: triplicato doppio originale

Dichiarazione Prescrizione Manda Sanitario

data _____ a. _____

F. RETENUTA COMUNALE