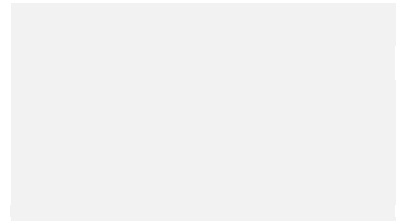




**RICHIESTA REGISTRAZIONE AZIENDA
DETRICENTRICE DI SUINI PER USO PRIVATO
PROCEDURA D'URGENZA**

Pervenuto in data:



COD. AZIENDA

			VR		
--	--	--	-----------	--	--

Il sottoscritto _____

Cognome

Nome

nato il _____

a _____

Prov. _____

Residente in via: _____

n. _____

nel Comune di: _____

Prov. _____

CAP _____

Codice Fiscale

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Cell. _____

Indicare l'indirizzo e-mail/PEC a cui sarà notificata la registrazione della pratica:

_____ @ _____

**CHIEDE CHE L'AZIENDA DETENTRICE DI SUINI PER USO PRIVATO VENGA
REGISTRATA IN BANCA DATI E CHE GLI VENGA ATTRIBUITO UN CODICE AZIENDALE
DICHIARA:**

• CHE L'ALLEVAMENTO È SITO

in via _____

n. _____

Comune _____

Prov. _____

CAP _____

• CHE IL DETENTORE del suino è

Cognome

Nome

Residente in via: _____

n. _____

nel Comune di: _____

Prov. _____

CAP _____

Codice Fiscale

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

P. IVA

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Cell. _____

e-mail _____

• CHE IL PROPRIETARIO del suino è

Cognome

Nome

Residente in via: _____

n. _____

nel Comune di: _____

Prov _____

CAP _____

Codice Fiscale

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

P. IVA

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Cell. _____

e-mail _____

• CHE IL CAA DELEGATO CHE GESTISCE L'ANAGRAFE SUINA è

se il CAA scelto è l'Ulss 9 Scaligera allegare l'apposito modulo di delega firmato

RICHIESTA REGISTRAZIONE AZIENDA DETENTRICE DI SUINI PER USO PRIVATO PROCEDURA D'URGENZA

COD. AZIENDA

			VR			
--	--	--	-----------	--	--	--

DICHIARA INOLTRE

- Di essere a conoscenza che per ottenere l'autorizzazione a macellare i suini a domicilio nel periodo da novembre a marzo dovrà comunicare, con almeno due giorni lavorativi di anticipo, alla segreteria del Distretto del Servizio Veterinario dell'Azienda ULSS 9 Scaligera competente per territorio, il proprio nome, cognome e recapito telefonico per concordare luogo e orario della macellazione.
- Di non aver potuto attivare la prevista procedura SUAP presso il Comune di competenza per motivi di urgenza.
- Di avere la disponibilità di un'adeguata struttura di ricovero che rispetta le norme edilizie del Comune in cui è ubicata e rispetta il regolamento di igiene urbana, o, se non presente, le linee guida di cui alla DGR 272/2007.
- Di essere proprietario dell'immobile/terreno in cui insisterà la struttura, o di averne la piena disponibilità per l'uso che si intende farne, in virtù di un regolare contratto di affitto o comodato d'uso.

Allegare il documento d'identità del dichiarante.

Data _____ **Firma del detentore** _____

I dati personali saranno archiviati e verranno trattati utilizzando modalità manuali, informatiche e telematiche, nel rispetto e nei limiti stabiliti dal Regolamento (UE) 2016/679 (General Data Protection Regulation – GDPR) secondo l'informativa conservata presso sede dell'Azienda Ulss n. 9 pubblicata nel sito internet, accessibile al seguente link: <https://www.aulss9.veneto.it>.

Data _____ **Firma del dichiarante** _____

PARTE RISERVATA UFFICIO ANAGRAFE - SERVIZI VETERINARI AULSS 9 SCALIGERA

VISTO VETERINARIO UFFICIALE

IL RESPONSABILE AMMINISTRATIVO

Protocollo n° _____ **del** _____

Notificato per mail / pec il _____