

**DENUNCIA DI NASCITA E RICHIESTA DI IDENTIFICAZIONE EQUIDE**Il/La sottoscritto/a **PROPRIETARIO/A**

Nome, Cognome o Ragione Sociale:		
C.F. o P.IVA:		
Indirizzo:		Comune:
Prov:		
Cap	Tel.	E-mail:
AZIENDA DI IDENTIFICAZIONE DELL'EQUINO:		
Codice ASL:	Intestata al C.F./P.IVA:	

CHIEDE:

Ai sensi del D.M. 30/09/2021, l'identificazione e la registrazione nel sistema I&R dell'equino:		
Nome:	Data di nascita: ___/___/___	Sesso: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Specie: <input type="checkbox"/> Cavallo <input type="checkbox"/> Asino <input type="checkbox"/> Mulo <input type="checkbox"/> Bardotto <input type="checkbox"/> Zebra <input type="checkbox"/> Altro _____		
Microchip della fattrice (obbligatorio per nati dopo il 10/01/2022):		Paese di nascita:

L'equino verrà identificato da: Veterinario aziendale, (nominativo) _____ Veterinario Associazione Allevatori

L'operatore dichiara, ai sensi del D.P.R. n. 445/2000 e successive modifiche e integrazioni, che l'equino non risulta iscritto ad un libro genealogico e di non possedere e di non aver mai posseduto altro documento di identificazione (SLID) per il soggetto di cui sopra.

Data ___/___/___

Firma del richiedente _____

Informativa e consenso al trattamento dei dati personali.

Il sottoscritto dichiara di aver letto l'informativa al trattamento dei dati personali presso l'Associazione Allevatori e di acconsentire al trattamento dei dati personali per le finalità nella stessa indicate.

Data ___/___/___

Firma del richiedente _____

Documenti da allegare: Copia del documento di identità e codice fiscale di entrambi i contraenti, ricevuta di pagamento. NB in caso di società, copia della visura camerale in corso di validità (6 mesi), copia del documento di identità e codice fiscale del legale rappresentante.

INTESTAZIONE FATTURA		
<i>(Indicare nella causale del bonifico :C.F./P.IVA Cognome, Nome o Ragione sociale intestatario fattura e codice pratica come da tariffario) IBAN: IT48Z0100503382000000201570 BNL</i>		
Nome, Cognome o Ragione Sociale:		
C.F.	P.IVA	
Indirizzo:		Comune:
Prov:		
Cap	Tel.	E-mail:

A cura dell'Ufficio Periferico:	Pratica n. _____
Posizione Associativa Allevatore <input type="checkbox"/> Socio ARA <input type="checkbox"/> Non Socio ARA	
Firma dell'operatore UP _____	