Spett.le S.C. Sanità Animale - ASL Oristano

Via Carducci, 35 – 09170 Oristano: tel. 0783 317767-72-63-69

Sede distrettuale di Ales: tel. 0783 91774

Sede distrettuale di Ghilarza: tel. 0785 560361

Mail: sc.sanitaanimale@asloristano.it

PEC: sanitaanimale.oristano@pec.asloristano.it

**Oggetto: Richiesta prelievo ematico per Test sierologico Anemia Infettiva Equina e pagamento dei diritti sanitari A35+A39**

Ai sensi della Nota del Ministero della Salute prot. 27107 del 10/09/2024 (Indicazioni operative per la sorveglianza ed il controllo dell’Anemia infettiva equina),

il Sottoscritto\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Codice fiscale\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

in qualità di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Telefono: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Telefono del proprietario equini\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**CHIEDE**

**che i seguenti equidi** (cavalli/asini/muli/bardotti) regolarmente registrati in BDN nell’allevamento del Sig. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ identificato con il codice aziendale IT\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, in agro del Comune di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **siano sottoposti al prelievo ematico per** **l’esecuzione del Test sierologico per Anemia Infettiva Equina la cui validità è di 3 anni** fatta eccezione per gli stabilimenti ad alto rischio ove la validità è di 1 anno (stabilimenti con orientamento produttivo equestre/diporto da lavoro per trasporto di materiali o altro, stabilimenti con almeno un mulo, stabilimenti ricadenti in Area di Sorveglianza Attiva).

Nome equide \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Proprietario \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Codice del Transponder (identificativo elettronico) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Passaporto N. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Data scadenza del Test AIE** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nome equide \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Proprietario \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Codice del Transponder (identificativo elettronico) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Passaporto N. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Data scadenza del Test AIE** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Si allegano:**

* **Copia del Documento di accompagnamento (DDA)** in caso di introduzione da altri allevamenti;
* **Le ricevute dei due pagamenti obbligatori ai fini dell’esecuzione del Test:**
1. **€ 2,61** mediante Bollettino C/C n. **1058801281**

oppure mediante bonifico su IBAN: **IT55 F076 0117 4000 0105 8801 281**

intestazione: ASL n. 5 Oristano - **Causale: Diritti veterinari Anemia Infettiva Equina**

Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_