* 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 inserimento Riproduttori suini maschi e femmine nel “Registro di stalla” in BDN (Banca Dati Nazionale anagrafe zootecnica)

Il Sottoscritto \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Codice fiscale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

in qualità di Operatore responsabile degli animali dell’allevamento della specie suina,

Cod. Aziendale **IT\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** Comune azienda \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Località\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Indirizzo sede legale via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Comune di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Mail \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**CHIEDE ALLA ASL,**

**DELEGATA AD OPERARE IN BDN PER CONTO DEL SOTTOSCRITTO**

di registrare nel Registro di stalla informatizzato in BDN i seguenti Riproduttori suini maschi e femmine

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **N.** | **Codice Capo** | **Codice Precedente** | **Sesso** | **Razza** | **Data Ingresso** | **Data Nascita** | **Data applicazione Marca** |
| 1 |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |  |  |  |
| 7 |  |  |  |  |  |  |  |
| 8 |  |  |  |  |  |  |  |
| 9 |  |  |  |  |  |  |  |
| 10 |  |  |  |  |  |  |  |

Data di consegna alla ASL della presente richiesta: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Firma dell’Operatore Responsabile degli animali**

…………………………………………………………