* Al Direttore 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](mailto:sanitaanimale.oristano@pec.asloristano.it)

# Oggetto: Richiesta di registrazione in BDN egli eventi nascite/morti di suini

# (D.lgs 134/2022 e DM 07.03.2023)

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

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

In qualità di Operatore responsabile degli animali dell’allevamento della specie suina, Codice 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 gli eventi nascite e morti, entro i termini previsti per legge:**

**Registrazione nascite in BDN, entro 7 giorni dalla loro identificazione:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Numero suini** | **Data di nascita** | **Data di identificazione dei suini**  (applicazione Marca auricolare o tatuaggio) |
|  |  |  |
|  |  |  |

**Registrazione morti in BDN entro 7 giorni dall’evento:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Numero suini** | **Data di morte** | **Categoria** | **Codice identificativo individuale del riproduttore** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

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

**Firma dell’Operatore responsabile degli animali**

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