

DICHIARAZIONE DI PROVENIENZA E DI DESTINAZIONE DEGLI ANIMALI (Mod. 4) DELLA SPECIE

Regione Veneto - A.S.L. FederMontana

A IDENTIFICAZIONE I capi riportati in allegato provengono dall'azienda identificata dal Cod. Aziendale: 14031V1015 specie allevata Trote
 sita in VIA N.S. DEL PEDANCIANO 4 cap 36029 Comune VALBRENTA (VI)
 e registrata presso la A.S.L. DI COMPETENZA,
 PROPRIETARIO: APDS ITIOCOLTURA VICENTINA Cod. Fisc. _____
 DETENTORE: VENETO AGRICOLTURA Cod. Fisc. _____

I capi riportati in allegato, fatto salvo quanto citato nel riquadro E), non sono sottoposti al divieto di spostamento in applicazione a misure di polizia veterinaria. Tali animali, se non nati in azienda, sono stati altresì introdotti in azienda con regolare documentazione di accompagnamento (disponibile informaticamente in BDN) e, per ciascuno di essi, in allegato viene riportata l'azienda o, nel caso di scambi o importazioni scortati dalle certificazioni previste, la nazione di provenienza e gli estremi della documentazione di accompagnamento.

B INFORMAZIONI SUI TRATTAMENTI E SULLA CATENA ALIMENTARE (I.C.A.) DI CUI AL REG. 853 DEL 2004

Gli animali di cui in allegato, destinati alla macellazione:

1 - NON SONO STATI trattati o alimentati con sostanze di cui è vietato l'impiego;
 2 - nei 90 giorni precedenti la data odierna dalla nascita:
 a) NON SONO STATI SONO STATI sottoposti a trattamento con le sostanze _____ di cui agli artt. 4 e 5, del D.Lgs. n. 158 del 16 marzo 2006
 b) NON SONO STATI SONO STATI sottoposti a trattamento con i seguenti alimenti medicamentosi _____
 c) NON SONO STATI SONO STATI sottoposti a trattamento con le seguenti specialità medicinali _____
 Sono stati osservati i previsti tempi di sospensione per i trattamenti con alimenti medicamentosi o specialità medicinali ed in seguito alla somministrazione di alimenti contenenti additivi coccidiostatici.

In caso di trattamento di cui alla voce 2), i dati relativi a: specialità medicinale veterinaria, data di somministrazione e tempo di sospensione, per ciascun animale o partita, sono riportati in allegato.

3 - NON PRESENTANO PRESENTANO sintomi: enterici respiratori cutanei locomotori altro
 4 - NON SONO STATI SONO STATI eseguiti esami di laboratorio pertinenti per la sicurezza alimentare
 In caso di esami di laboratorio pertinenti per la sicurezza alimentare di cui alla voce 4), i dati relativi, per ciascun animale o partita, sono riportati in allegato.

5 - L'azienda ha non ha ricevuto segnalazioni di non conformità dell'ultima partita di animali inviata al macello da parte dei Servizi Veterinari Ufficiali dei macelli relativi a: elementi di identificazione rilevazioni ante/post mortem altro
 Si allega ulteriore documentazione ai sensi dell'Allegato I del Regolamento (CE) n. 2074/2005.

6 - La percentuale di mortalità nell'azienda È NON È _____
 Il veterinario⁹⁾ che fornisce assistenza zoiatrica all'allevamento è il Dott. _____
 Indirizzo _____ Tel./Cell. _____
 Comune _____ N. iscrizione all'albo _____

C DESTINAZIONE Gli animali sono destinati a: allevamento, macello, stalla di sosta, fiera/mercato, pascolo, altro

Codice: _____ Approval number: _____ specie: _____
 Denominazione ROGGIA Michela e TRONA S. Croce Bigolina ID Fiscale: _____
 Proprietario APDS ITIOCOLTURA VICENTINA Cod. Fisc. _____
 Detentore VENETO AGRICOLTURA Cod. Fisc. _____
 Indirizzo VIA DELL'UNIVERSITA' 14 cap 35020 Comune LEGNARO (PD)
 Data di uscita prevista _____ Le informazioni sono state inserite, nel sistema informativo da UTENTE
 sulla base delle dichiarazioni rese del detentore _____ Firma [Firma] (ove necessario)

D TRASPORTO I capi riportati in allegato sono trasportati dal conducente ERINO POZZATO dell'automezzo _____
 Marca Mitubishi Targa motrice SY632MG (inserire Targa rimorchio _____ solo se valorizzato) Aut. al trasporto animali (nei casi previsti) n. _____
 rilasciata il _____ alla ditta con rag. soc. APDS BACINO Acque Fiume Brenta
 sita in VIA A. VOLTA N. 5 cap 36064 Comune BASSANO DEL GRAPPA (VI)
 SI GARANTISCE che gli animali sono trasportati nel rispetto della vigente normativa; SI ATTESTA, inoltre, che il mezzo di trasporto è stato regolarmente disinfettato (ai sensi dell'art. 64 del DPR n. 320/54).
 Data 2.7.10.612.0.1.8 Ora di partenza 0.8.0.0 Durata prevista del viaggio 4 ORE Le informazioni sono state inserite da _____
 sulla base delle dichiarazioni del conducente/trasportatore _____ Firma [Firma] (ove necessario)

E ATTESTAZIONI SANITARIE (DA COMPILARE NEI CASI PREVISTI) Di seguito viene riportato lo stato sanitario dell'azienda di provenienza, così come registrato in Banca Dati Nazionale.

Tipo malattia	Qualifica sanitaria	Data ultima attribuzione
<u>V.H.S I.H.N</u>	<u>DIR 2006 88 CEE</u> <u>ZONA Indenne</u> <u>CAT 1</u>	

In allegato l'elenco degli animali immunizzati con l'indicazione, per ciascuno di essi, della malattia e della data.
 Sono state effettuate le seguenti immunizzazioni: _____
 L'azienda di provenienza è sotto controllo ufficiale ed autorizzata alla movimentazione. Gli animali riportati in allegato sono stati visitati (nei casi previsti) con esito FAVOREVOLE dal servizio veterinario ufficiale. Il controllo pre-movimento è stato effettuato (nei casi previsti) alle date riportate in allegato. Osservazioni Dichiarazioni Prescrizioni Vincolo Sanitario

⁹⁾ Compilare queste voci solo nei casi previsti.

Modello conforme al D.M. 28 giugno 2016 8870R (0) - Gruppo Buffetti S.p.A.

Allegato - Identificazione degli animali movimentati

ELENCO CAPI N. Pezzi 12.106 MOVIMENTATI

Num.	Codice capo/Codice elettronico ⁽¹⁾	Specie	Data di nascita	Sesso	Razza	Provenienza	Controllo pre-movimentazione (nei casi previsti)		
							Malattie	Esito	Data controllo
	IT _____		G M A	F M	1rote FATTO Sterile	VASCHE NUOVE 1-2-3 12.100			G M A
	IT _____		G M A	F M					G M A
	IT _____		G M A	F M					G M A
	IT _____		G M A	F M					G M A
	IT _____		G M A	F M					G M A
	IT _____		G M A	F M					G M A
	IT _____		G M A	F M					G M A
	IT _____		G M A	F M					G M A
	IT _____		G M A	F M					G M A
	IT _____		G M A	F M					G M A
	IT _____		G M A	F M					G M A
	IT _____		G M A	F M					G M A

⁽¹⁾ Indicare il numero progressivo identificativo di ogni singolo capo.

Num. ⁽²⁾	CAPI IMMUNIZZATI				CAPI SOTTOPOSTI A TRATTAMENTI					CAPI SOTTOPOSTI AD ESAMI DI LABORATORIO		
	Immunizzato per	Plano di vaccinazione	Data vaccinazione	Data richiamo	Tipologia di trattamento	Denominazione	Confezione	Data ult. somministr.	Tempo sospen.	Esame	Data di esecuzione	Risultato

8870R (i) - Gruppo Burfetti S.p.A.

⁽²⁾ Riportare il numero identificativo dall'elenco dei capi movimentati.