

DICHIARAZIONE DI PROVENIENZA E DI DESTINAZIONE DEGLI ANIMALI (Mod. 4) DELLA SPECIE TroteRegione Veneto - A.S.L. FEDEMONTANA

A IDENTIFICAZIONE I capi riportati in allegato provengono dall'azienda identificata dal Cod. Aziendale: H03IV1015, specie allevata Trote
 sita in VIA N.S. del Pedancino N.4 cap 36029 Comune VALBRENTA (VI)
 e registrata presso la A.S.L. DI COMPETENZA,
 PROPRIETARIO: APDS Itticoltura Vicentina Cod. Fisc. _____
 DETENTORE: APDS BACINO Acque Fiume Brenta 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 altro4 - 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 veterinario^(*) che fornisce assistenza zoottrica 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 Campolongo e Rogghe Sud ID Fiscale: _____Proprietario APDS Itticoltura Vicentina Cod. Fisc. _____Detentore APDS BACINO Acque Fiume Brenta Cod. Fisc. _____Indirizzo VIA A VOLTA N.5 cap 36061 Comune BASSANO del GRAPPA (VI)Data di uscita prevista 2.8.06.2013 Le informazioni sono state inserite, nel sistema informativo da **UTENTE**sulla base delle dichiarazioni rese del detentore _____ Firma _____
(ove necessario)**D TRASPORTO** I capi riportati in allegato sono trasportati dal conducente GIORGIO FAGGION dell'automezzo FurgoneMarca IVECO DALEY Targa motrice AT200 LX (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 Brentasita in VIA A VOLTA N.5 cap 36061 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 2.8.06.2013 Ora di partenza 07,30 Durata prevista del viaggio 4 ORE Le informazioni sono state inserite da _____sulla base delle dichiarazioni del conducente/trasportatore _____ 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
V.H.5 I.M.N.	DIR 2006 88 CEE ZONA IVDENNE CAT 1	

 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

Data _____

Firma _____
(ove necessario)

(*) Compilare queste voci solo nei casi previsti.

Allegato - Identificazione degli animali movimentati

ELENCO CAPI N. Pozzi 3000 C110A 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	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	<u>Trote</u> <u>Eridea</u>	<u>VASCA N.3</u> <u>Kg 500</u>			G M A
	IT _____		G M A	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M					G M A
	IT _____		G M A	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M					G M A
	IT _____		G M A	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M					G M A
	IT _____		G M A	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M					G M A
	IT _____		G M A	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M					G M A
	IT _____		G M A	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M					G M A
	IT _____		G M A	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M					G M A
	IT _____		G M A	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M					G M A
	IT _____		G M A	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M					G M A
	IT _____		G M A	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> 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	Piano di vaccinazione	Data vaccinazione	Data richiamo	Tipologia di trattamento	Denominazione	Confezione	Data ult. somministr.	Tempo sospen.	Esame	Data di esecuzione	Risultato

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

8870R (I) - Gruppo Buffetti S.p.A.

