



## REGIONE PUGLIA

**CERTIFICATO SANITARIO PER IL TRASPORTO DI ANIMALI D'AFFEZIONE MORTI**

REGIONE PUGLIA COMUNE di \_\_\_\_\_ A.S.L. \_\_\_\_ N° Certificato \_\_\_\_\_

PROPRIETARIO	DETENTORE	LOCALITA'	COMUNE	PROV

PRIVATO [ ]

ALLEVAMENTO [ ]

SPOGLIE ANIMALI ABBANDONATI [ ]

## IDENTIFICAZIONE DEL/DEGLI ANIMALE/I

N°	SPECIE	RAZZA	Peso Kg.	SESSO	DATA DI NASCITA (giorno-mese-anno)	MICROCHIP/TATUAGGIO (compilare con attenzione)
				<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	/   /	
				<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	/   /	
				<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	/   /	

In data odierna il sottoscritto ha sottoposto a visita sanitaria il/i capo/i sopra indicato/i

MORTO/I [ ]

ABBATTUTO/I D'URGENZA [ ]

ABBANDONATO [ ]

Stabilendo quale probabile causa di morte .....

Ai sensi del Reg. CE 1060/2009, si dispone per l'invio a:

Inceneritore [ ] Impianto di trasformazione [ ] Impianto di transito [ ] Sotterramento\* [ ]

\* In caso di sotterramento, si esclude la presenza di malattie infettive e diffuse gravi

..... lì, ...../...../.....

Il Veterinario

timbro (o nome e cognome) e firma

-----  
Si dichiara che il/i capo/i sopradescritto/i è/sono pervenuto/i in data ...../...../..... presso:

Inceneritore[ ] Impianto di trasformazione[ ] Impianto di transito\*[ ] Cimitero per an. d'affezione [ ]

DITTA	LOCALITA'	COMUNE	PROV.

a mezzo trasportatore:

DITTA	LOCALITA'	COMUNE	PROV.

Il responsabile impianto destinazione

4 copie: 1 Veterinario provenienza - 1 impianto di destinazione  
1 copia da restituire all'ASL provenienza - 1 copia proprietario\detentore