

**REGIONE LOMBARDIA**  
**RICHIESTA RICONOSCIMENTO/MANTENIMENTO QUALIFICA SANITARIA PER**  
**LA PARATUBERCOLOSI BOVINA**

Al Direttore del Dipartimento di Prevenzione  
Veterinario della ASL .....

Il sottoscritto                      Cognome ..... Nome.....  
in qualità di                      Proprietario                      Detentore  
**Ragione sociale**  
**allevamento**                      .....  
**Codice aziendale**  
sito nel Comune                      .....  
Via / Località                      .....  
Telefono                      .....

**CHIEDE**

**di ottenere per il proprio allevamento l'acquisizione/mantenimento della qualifica sanitaria PT..... ai sensi del Piano regionale di certificazione della Paratubercolosi bovina**

Firma del proprietario/detentore

.....

Firma del Veterinario Responsabile del Piano (ove presente)

PGS.....

Data .....



**COMUNICAZIONE DEL NOMINATIVO DEL VETERINARIO RESPONSABILE DEL PIANO**  
(Da compilarsi alla prima comunicazione e, successivamente, nel solo caso di variazione del nominativo del Veterinario responsabile del Piano)

Il sottoscritto                      Cognome ..... Nome.....  
in qualità di                      Proprietario                      Detentore  
Ragione sociale  
dell'allevamento                      .....  
Codice aziendale

**DICHIARA**

di avvalersi della collaborazione tecnica del Dott.

....., Medico Veterinario,

N° ..... di iscrizione all'Albo della provincia di .....

residente in ..... via .....

Indirizzo mail .....

n telefono .....

C.F. ....

in qualità di Veterinario Responsabile del Piano,

Firma del proprietario/detentore .....

Firma del Veterinario Responsabile del Piano .....

Data .....

