

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

