

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

Al Direttore del
Distretto Veterinario n.di.....
ATS di Brescia

Il sottoscritto Cognome _____ Nome _____

In qualità di Proprietario Detentore

Ragione sociale allevamento _____

Codice Aziendale _____ BS _____ / _____

Sito nel Comune di _____

Via/Località _____

Telefono _____ Cellulare _____

Fax _____ e-mail _____

CHIEDE

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

Data _____

Firma del proprietario/detentore _____

Firma del Veterinario Responsabile
del Piano aziendale di gestione sanitaria (ove presente) _____

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 allevamento _____

Codice Aziendale _____ BS _____/_____

Sito nel Comune di _____

Via/Località _____

Telefono _____ Cellulare _____

Fax _____ e-mail _____

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 aziendale di gestione sanitaria.

Data _____

Firma del proprietario/detentore _____

Firma del Veterinario Responsabile
del Piano aziendale di gestione sanitaria _____