*Modello istanza scambi\_DLgs 199/2014*

|  |  |
| --- | --- |
|  | Alla Regione Abruzzo  Direzione Politiche della Salute  Servizio Sanità Veterinaria e sicurezza alimentare  Via Conte di Ruvo, 74 – 65127 PESCARA  Per il tramite del SUAP \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

**Oggetto: istanza di riconoscimento degli stabilimenti per gli scambi intracomunitari di pollame e uova da cova ai sensi del D.Lgs. 3 dicembre 2014, n. 199.**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Il sottoscritto: | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | Cod. Fiscale |
|  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  | |  |  |  | Nato a | |  | | | il |  |
| Residente a: | | | | | | |  | | | | | | | | | | Prov. di: | |  | | Indirizzo: |  | | |
| Tel fisso: | | | | | | |  | | | | | | | Cellulare: | | | |  | | | Emal: |  | | |
| In qualità di: | | | | | | | titolare legale rappresentante Presidente pro tempore  altri (specificare) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | | | | | | | | | |

della Ditta

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Ragione sociale: | |  | | | | | | | | | | | | | | |
| Partita IVA: | |  |  |  |  |  |  | |  |  |  | |  |  | con sede legale nel Comune di | |
|  | | | | | Provincia | | |  | | | | Cap | | |  | indirizzo |
|  | | | | | N.Civico: | | |  | | | | frazione: | | |  | |
| Telefono: |  | | | | Fax: | | |  | | | | Email: | | |  | |

**CHIEDE**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Il Riconoscimento** **per gli scambi intracomunitari di pollame e uova, ai sensi del D.Lgs. 3 dicembre 2014, n. 199, e l’inserimento nel relativo elenco per la propria sede produttiva** | | | | | | | | | | | | | | |
| Denominazione (se diversa dalla Ditta): | | | | |  | | | | | | | | | |
| Sito: | | | | | | | | | | | | | | |
| allo stesso indirizzo della sede legale | | | | | Oppure | | | | | | | | | |
| nel Comune di: | |  | | | | | | Provincia: | | |  | | Cap |  |
| Telefono: |  | | Fax: | | |  | | | Email: | | |  | | |
| Coordinate geografiche WGS 84 decimali | | | | Latitudine: | | |  | | | Longitudine: | | |  | |
| Codice allevamento: IT | | | | | | | | | | | | | | |

**A tal fine e sotto la propria responsabilità, DICHIARA:**

* che nello stabilimento si producono, come regolarmente registrato in BDN, i seguenti tipi di pollame e/o uova da cova delle seguenti specie (barrare la/le specie di interesse) e tipologia di produzione:

|  |  |
| --- | --- |
| **SPECIE ANIMALE:** | **TIPO DI PRODUZIONE:** |
| * + GALLI, GALLINE, POLLI   + TACCHINI   + FARAONE   + ANATRE   + OCHE   + QUAGLIE   + PICCIONI   + FAGIANI   + PERNICI   + RATITI | * + Selezione   + Moltiplicazione   + Allevamento soggetti destinati alla riproduzione (fase pollastra) ai fini della selezione   + Allevamento soggetti destinati alla riproduzione (fase pollastra) ai fini della moltiplicazione   + Allevamento di pollastre destinate alla produzione di uova da consumo   + Galline produttrici di uova da consumo   + Pollame da carne   + Incubazione   + Selvaggina da ripopolamento |

* che lo stabilimento è conforme a quanto previsto dal D.Lgs. 3 dicembre 2014, n. 199, ed in particolare:
* sono rispettati i requisiti di cui ai Capp. I e II dell’Allegato II al D.Lgs. 199/2014;
* sono attuati dei programmi di controllo sanitario delle malattie indicate al Cap. III dell’Allegato II al D.Lgs. 199/2014;
* il veterinario aziendale indicato per l’esecuzione dei controlli previsti dal suddetto piano è il dr. ………………………………………………………………………………….

**A tal fine allega**:

* dichiarazione sostitutiva di certificazione camerale
* planimetria dell’impianto in scala 1:100 datata e firmata da un tecnico abilitato, sottoscritta dal responsabile dell’impianto, con l'indicazione delle attrezzature presenti e la loro disposizione
* relazione tecnico-descrittiva (datata e firmata dal responsabile dell’impianto) dello stabilimento e del ciclo di produzione
* autocertificazione del veterinario indicato nella domanda che contenga la sede e il numero di iscrizione all’albo dei medici veterinari e l’impegno dello stesso veterinario ad attuare i controlli previsti dal piano
* fotocopia di un documento di riconoscimento del richiedente, in corso di validità
* ricevuta di versamento dei diritti secondo tariffario regionale.

**Il/La sottoscritto/a dichiara inoltre**:

* di impegnarsi a comunicare tempestivamente qualsiasi variazione relativa ai dati allegati alla presente domanda.di essere consapevole delle sanzioni penali nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi richiamate dall’art. 76 del D.P.R. 28/12/2000 n. 445.

Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* **di DARE CONSENSO**, ai sensi o per gli effetti di cui all’art. 13 del D.Lgs 196/03 (PRIVACY), al trattamento dei dati personali raccolti, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell’ambito del procedimento per il quale viene presentata la presente domanda.

Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_