



A.S.L. CN2

Azienda Sanitaria Locale
di Alba e Bra

Via Vida, 10 – 12051 ALBA (CN)
Tel +39 0173.316111 Fax +39 0173.316480
e-mail: aslcn2@legalmail.it – www.aslcn2.it
P.I./Cod. Fisc. 02419170044

AL SERVIZIO VETERINARIO ASL CN2

Il sottoscritto: C.F. :

Cognome _____ Nome _____

Data di nascita (età superiore ai 18 anni) _____ Luogo _____

Residente in _____ (____) Via _____ N° _____

tel. _____ PEC _____ e-mail _____

in qualità di OPERATORE della **Ditta / Attività** denominata _____

con sede legale in _____ (____) Via _____ N° _____

Ident. Fisc. _____ tel. _____ e-mail _____

sito web _____ (se presente)

Se trattasi di Società:

INDIVIDUALE Codice Fiscale _____ P- IVA _____

DI PIÙ PERSONE Partita IVA _____

PEC (Posta Elettronica Certificata - obbligatorio per detentori P.IVA) _____

il cui RAPPRESENTANTE LEGALE è:

Cognome _____ Nome _____

Residente in _____ (____) Via _____ N° _____

tel. _____ PEC _____ e-mail _____

consapevole delle sanzioni penali previste per attestazioni e dichiarazioni false (artt. 46/47/48/76 DPR 445 del 28/12/2000),

CHIEDE

REGISTRAZIONE in data __/__/____ **AGGIORNAMENTO** in data __/__/____ **CHIUSURA** in data __/__/____

SOSPENSIONE dalla data __/__/____ **RIATTIVAZIONE SOSPENSIONE** dalla data __/__/____

PER L'ATTIVITÀ DELLO STABILIMENTO SITO IN:

Cap: Comune di _____ (____), Via _____ N° _____

Coord. Geog. LAT. _____ LON. _____ Codice Aziendale già assegnato:

PROPRIETÀ STRUTTURE

proprie

di proprietà di _____ * tel. _____

Dati catastali:

Sezione _____

Foglio _____

Particella _____

Subalterno _____

***Allegare dichiarazione del proprietario delle strutture**



A.S.L. CN2

Azienda Sanitaria Locale
di Alba e Bra

Via Vida, 10 – 12051 ALBA (CN)

Tel +39 0173.316111 Fax +39 0173.316480

e-mail: aslcn2@legalmail.it – www.aslcn2.it

P.I./Cod. Fisc. 02419170044

PROPRIETARIO degli animali (non compilare per equidi e animali da compagnia)

C.F.

Cognome _____ Nome _____

Residente in _____ (_____) Via _____ N° _____

tel. _____ PEC _____ e-mail _____

SPECIE ALLEVATA/RACCOLTA

- Bovini Bufalini Ovini Caprini Suini Cavalli
- Asini Muli/Bardotti Acquacoltura Lagomorfi Api e Bombi Camelidi
- Cervidi Pollame e Volatili in cattività Elicicoltura Bachicoltura da seta
- Insetti Altri invertebrati terrestri _____ Animali da compagnia

Vedi allegati specie n. 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 – 8 – 9 – 10 – 11 (croce/tare il modulo da allegare)

Il sottoscritto dichiara esatte le informazioni rese a tergo e di essere informato che la presente notifica è valida esclusivamente per la Registrazione dell'attività di allevamento di animali zootecnici all'interno di stabilimenti di produzione primaria ai sensi del Regolamento (CE) 852/2004 e del D.L.vo 158/2006 e non sostituisce altri eventuali atti ai fini dell'avvio di attività (ad es. atti in materia di edilizia, urbanistica, tutela del paesaggio e ambientale). S'impegna, inoltre, di ottemperare agli obblighi che gli derivano dalle responsabilità previste per l'attività dal Regolamento 429/2016, in particolare dall'art. 10 relative alla sanità animale e alla biosicurezza, dagli art. 24-25 relativi alla sorveglianza per le malattie elencate ed emergenti e dal D. L.vo 134/2022, in particolare dall'art. 9, relativo all'identificazione e registrazione degli animali e degli eventi. Si impegna, quindi, a segnalare eventuali mortalità anomale, cambiamenti significativi dei parametri produttivi, comparsa di sintomi di malattie gravi. Se operatore di raccolta senza uno stabilimento, s'impegna a rispettare, altresì, l'art. 36 del Reg Del. 2035/2019.

Dichiara di essere informato che per la registrazione è dovuto un diritto sanitario ai sensi del DL 32 del 02/02/2021:

- diritto di registrazione forfettario (20 euro Cod. tariffa 32S8, Sub. Cod. 4);
- nel caso si rendesse necessario un sopralluogo, diritto a tariffa oraria (80 euro/ora Cod. tariffa 3210, Sub. Cod. 5)

Il richiedente dichiara di essere informato, ai sensi e per gli effetti dell'art. 13 e 14 del Reg 679/2016, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale viene presentata la domanda.

Letto, confermato e sottoscritto.

Il/la dichiarante
(firma per esteso e leggibile)

_____ li, ___ / ___ / _____

DOCUMENTI DA ALLEGARE:

- Documento d'identità e Codice fiscale (**obbligatori**) Visura Camerale (se si tratta di società)
- Contratto di soccida (se presente) Planimetria (**obbligatoria**)

SPAZIO RISERVATO AUTORITÀ SANITARIA COMPETENTE

La procedura viene chiusa in data _____

NUMERO CODICE AZIENDALE ATTRIBUITO

I	T								
---	---	--	--	--	--	--	--	--	--

Il Responsabile della procedura _____



A.S.L. CN2

Azienda Sanitaria Locale
di Alba e Bra

Via Vida, 10 – 12051 ALBA (CN)

Tel +39 0173.316111 Fax +39 0173.316480

e-mail: aslcn2@legalmail.it – www.aslcn2.it

P.I./Cod. Fisc. 02419170044

PER ANIMALI DETENUTI ESCLUSIVAMENTE PER FINALITÀ DIVERSE DA QUELLE ZOOTECNICHE E DALLA PRODUZIONE DI ALIMENTI

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETÀ

(Art. 47 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)

Il/la sottoscritto/a _____ C.F. _____
nato/a a _____ (____), il _____
residente a _____ (____), via _____ n° _____
proprietario/detentore dello stabilimento sito in via _____ n° _____
Comune _____ (____) Cod. Az. _____ Specie _____

consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000 per i casi
dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi

DICHIARA

- di detenere animali esclusivamente per finalità diverse da quelle zootecniche e dalla produzione di alimenti

Dichiaro di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 10 della legge 675/96 i dati personali da me
forniti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la
presente dichiarazione viene resa.

(luogo e data)

Il/la dichiarante _____

(firma per esteso e leggibile)

La firma in calce non deve essere autenticata.

**Ai sensi dell'art. 38 D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000, la dichiarazione è sottoscritta dall'interessato in
presenza del dipendente addetto, ovvero sottoscritta o inviata all'ufficio competente, via e-mail, tramite un
incaricato, oppure a mezzo posta, insieme alla fotocopia, non autenticata, di un documento di identità del
dichiarante.**



A.S.L. CN2

Azienda Sanitaria Locale
di Alba e Bra

Via Vida, 10 – 12051 ALBA (CN)

Tel +39 0173.316111 Fax +39 0173.316480

e-mail: aslcn2@legalmail.it – www.aslcn2.it

P.I./Cod. Fisc. 02419170044

AUTODICHIARAZIONE IN CASO DI CESSAZIONE DELL'ATTIVITÀ

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETÀ

(Art. 47 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)

Il/la sottoscritto/a _____ C.F. _____

nato/a a _____ (____), il _____

residente a _____ (____), via _____ n° _____

proprietario/detentore dello stabilimento sito in via _____ n° _____

Comune _____ (____) Cod. Az. _____ Specie _____

consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000 per i casi dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi

DICHIARA

- di aver distrutto e smaltito, ai sensi della normativa vigente per i rifiuti, i mezzi di identificazione non utilizzati e ancora detenuti in stabilimento alla data di cessazione dell'attività (*).

Dichiaro di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 10 della legge 675/96 i dati personali da me forniti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

(luogo e data)

Il/la dichiarante _____

(firma per esteso e leggibile)

La firma in calce non deve essere autenticata.

Ai sensi dell'art. 38 D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000, la dichiarazione è sottoscritta dall'interessato in presenza del dipendente addetto, ovvero sottoscritta o inviata all'ufficio competente, via e-mail, tramite un incaricato, oppure a mezzo posta, insieme alla fotocopia, non autenticata, di un documento di identità del dichiarante.

(*) Allegare elenco dei marchi distrutti e smaltiti



A.S.L. CN2

Azienda Sanitaria Locale
di Alba e Bra

Via Vida, 10 – 12051 ALBA (CN)

Tel +39 0173.316111 Fax +39 0173.316480

e-mail: aslcn2@legalmail.it – www.aslcn2.it

P.I./Cod. Fisc. 02419170044

Note per la corretta compilazione:

Nei casi in cui l'operatore non coincida col proprietario degli animali, ossia con la persona fisica o giuridica che ha la proprietà degli animali, nella richiesta di registrazione devono essere indicati gli estremi di tale proprietario. Questa modalità di registrazione riguarda anche i contratti di soccida, dove il soccidante corrisponde al proprietario degli animali e il soccidario all'operatore.

L'obbligo di indicare il proprietario non si applica alle attività in cui sono ospitati equini e animali da compagnia.

Nei casi in cui l'operatore o il proprietario degli animali siano società, nelle richieste deve essere indicato il legale rappresentante. Qualora la società sia intestata ad un'unica persona, questa va registrata in BDN con il codice fiscale; se, invece, la società è cointestata a più di una persona, occorre registrarne la partita IVA.

La DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETÀ va compilata **esclusivamente** nei casi in cui gli animali sono detenuti esclusivamente per finalità diverse da quelle zootecniche e dalla produzione di alimenti

L'AUTODICHIARAZIONE in **caso di cessazione dell'attività** va compilata **esclusivamente** nei casi di chiusura dell'attività

Qualora si scelga come ente delegato l'ASL di appartenenza, l'operatore dovrà firmare il contratto di delega (modello MAZ 003) recandosi presso gli sportelli distrettuali.