AL DIRETTORE DEL DISTRETTO VETERINARIO

DELL’ATS DELLA CITTA’ METROPOLITANA DI MILANO INDIRIZZO\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_N.

CAP\_\_\_\_\_\_\_\_\_CITTA’

**OGGETTO: Anagrafe degli Equidi, Richiesta Modifica da Equide DPA a Equide Non DPA**

(ai sensi della Decreto Ministero della Salute 30 settembre 2021 Gestione e Funzionamento dell’anagrafe degli equidi)

**Il sottoscritto:**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Proprietario equide** | | | | | | | |
| Cognome nome o ragione sociale | | | | | | | |
| Comune o stato estero di nascita | | | | | Data di nascita  \_\_\_\_/ \_\_\_\_/ \_\_\_\_\_\_\_ | | |
| **Codice fiscale**  |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_| | | | | Società  SI  NO | | **P.IVA**  |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_| | |
| Indirizzo: | | | Frazione | | | | Comune |
| Cap | Prov. | Telefono: | | | | | Fax: |
| E-mail: | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Azienda di identificazione dell’equide** | | | | | |
| Denominazione Azienda / Proprietario Azienda: | | | | | |
| Indirizzo: | | | Frazione | | Comune |
| Cap | Prov. | Telefono: | | | Fax: |
| E-mail: | | | | Codice Aziendale |\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_| | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Detentore equide** | | | | |
| Cognome nome o ragione sociale | | | | |
| Comune o stato estero di nascita | | | | Data di nascita  \_\_\_\_/ \_\_\_\_/ \_\_\_\_\_\_\_ |
| Indirizzo: | | | Frazione | Comune |
| Cap | Prov. | Telefono: | | Fax: |
| E-mail: | | | | |

**CHIEDE**

ai sensi della legge 200/2003 e del DM 29/12/2009 e s.m.i., la modifica della destinazione finale da Equide DPA a Equide NON DPA del seguente soggetto essendo informato che tale scelta esclude definitivamente il sotto indicato soggetto della destinazione per la produzione di alimenti per il consumo umano (Equide NON DPA)

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nome Equide** | **Data di nascita**  **\_\_\_\_/ \_\_\_\_/ \_\_\_\_\_\_\_** | **Sesso**   |  |  |  | | --- | --- | --- | | F |  | M | |
| **N° Passaporto**  |\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_| | |
| **N° MicroChip** |\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_| | |

**Allega:**

Copia documento unico Equide

Copia documento identità Richiedente f/r

Dichiara, altresì, di essere informato che, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e D.Lgs. n.196/03 novellato dal D.Lgs. n.101/18, i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell’ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa e di acconsentire al trattamento degli stessi da parte di ATS.

Data \_\_\_\_\_/ \_\_\_\_\_/ \_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma del Proprietario\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_