



Distretto di:

Richiesta di registrazione per le aziende di allevamento avicoli

Il sottoscritto:

Cognome _____ Nome _____

Nato a _____ prov. _____ il _____ e residente in

Via _____ n° _____ Comune _____ Prov. _____ Cap _____

Tel. _____ C.F. _____

consapevole che l'attribuzione del codice di allevamento non costituisce titolo autorizzativo all'attività di allevamento, in qualità di legale rappresentante / Titolare della ditta (da compilare in caso di persona giuridica)

Ragione sociale _____

Con sede legale in Via _____ n° _____ Comune _____

Prov. _____ Cap _____ Tel. _____ P.IVA _____ email _____
(come da allegata visura camerale)

Proprietaria degli animali di specie ☐gallus gallus ☐tacchini, ☐selvaggina per ripopolamento, ☐quaglie, ☐colombi, ☐piccioni, ☐oche, ☐faraone, ☐ratiti, ☐anatre, ☐avicoli ornamentali, ☐avicoli misti, allevati presso l'azienda sita in

Via _____ n° _____ Comune _____ Prov. _____ Cap _____

Tipologia di unità: ☐allevamento ☐incubatoio ☐mista ☐allevamento familiare ☐commerciale

Alternanza di specie ☐sì ☐no

Destinazione pulcini (solo per incubatoio) ☐vendita ☐uso interno

Superficie m²: _____ capi n° _____ cicli n° _____ n° capannoni _____

Tipologia di allevamento: ☐pollastre uova da cova ☐galline uova da cova ☐pollastre uova da consumo ☐galline uova da consumo ☐produzione carne ☐svezzamento

Tipo di produzione: ☐linea da carne ☐lancio selvaggina ☐linea da uova

Modalità allevamento: ☐biologico ☐all'aperto (free range) ☐in gabbia ☐a terra ☐convenzionale

Tipologia produttiva: ☐selezione ☐moltiplicazione

Inoltre l'allevamento è ☐iscritto al libro genealogico ☐biologico
☐accreditamento al commercio extraregionale autorizzato in data _____
☐autorizzazione per fiere/mostre/mercati in data _____

Tutto vuoto ☐sì ☐no Filiera rurale ☐sì ☐no



chiede, ai sensi delle norme vigenti in materia, di essere registrato presso codesto Distretto Veterinario.

Dichiaro inoltre che il detentore degli animali è (da dichiarare nel caso sia diverso dal proprietario):

Cognome _____ Nome _____

Nato a _____ prov. _____ il _____ e residente in

Via _____ n° _____ Comune _____ Prov. _____ Cap _____

Tel. _____ C.F. _____ email _____

in qualità di legale rappresentante della sotto indicata ditta (da compilarsi in caso di persona giuridica):

Ragione sociale _____

Con sede legale in Via _____ n° _____ Comune _____

Prov. _____ Cap _____ Tel. _____ P.IVA _____ email _____

Data inizio attività (non può essere posteriore alla prima introduzione dei capi): _____

La figura cui inviare la fatturazione delle prestazioni svolte dal Distretto Veterinario è:

☐ proprietario ☐ detentore

Informativa privacy ai sensi del Regolamento 679/2016/UE

Si comunica che tutti i dati personali (comuni identificativi, sensibili e/o giudiziari) comunicati al Agenzia di Tutela della Salute della Val Padana saranno trattati esclusivamente per finalità istituzionali nel rispetto delle prescrizioni previste Regolamento 679/2016/UE.

Il trattamento dei dati personali avviene utilizzando strumenti e supporti sia cartacei che informatici.

Il Titolare del trattamento dei dati personali è il Agenzia di Tutela della Salute della Val Padana.

L'Interessato può esercitare i diritti previsti dagli articoli 15, 16, 17, 18, 20, 21 e 22 del Regolamento 679/2016/UE.

L'informativa completa redatta ai sensi degli articoli 13 e 14 del Regolamento 679/2016/UE è reperibile presso gli uffici aziendali e consultabile sul sito web dell'ente all'indirizzo <http://www.ats-valpadana.it>.

Il Data Protection Officer/Responsabile della Protezione dei dati individuato dall'ente è il seguente soggetto:

DPO	P.IVA	Via/Piazza	CAP	Comune	Nominativo del DPO
LTA S.r.l.	14243311009	Vicolo delle Palle, 25	00186	Roma	RECUPERO LUIGI

Firma proprietario _____

Firma Detentore _____

Luogo _____ data _____

N.B. allegare copia dei documenti d'identità dei firmatari



Elenco Capannoni Avicoli							
Codice Capannone	Superficie (mq)	Capacità	Modalità di Allevamento Capannone	Data Apertura	Data Chiusura	Alt.Specie	Densità

Note: _____
