

**PROFILASSI VACCINALE OBBLIGATORIA BLUE TONGUE**

Spett.le ATS.....  
 Distretto Veterinario di .....  
 E-mail Distretto Veterinario.....@ats-.....it

Il sottoscritto (Cognome) ..... (Nome) .....

in qualità di Proprietario I\_I Legale Rappresentante I\_I Detentore I\_I

dell'allevamento (Ragione Sociale) .....

sito in (Comune) ..... (Indirizzo) .....

Cod. aziendale ..... /...../ ...../ ..... dell' ATS .....

Tel. .... Cell. .... E-mail .....

**DICHIARA**

Che ai fini della effettuazione della vaccinazione obbligatoria nei confronti della Blue Tongue sierotipo BTV4 per il seguente n. di capi:

Bovini ..... Bufalini ..... Ovini ..... Caprini ..... Totale .....

correttamente identificati e registrati in anagrafe zootecnica ai sensi della normativa vigente

✓ di avvalersi del Dott. .... Medico Veterinario iscritto all'albo della  
 provincia di ..... n. .... C.F.: .....

Tel cell ..... E-mail .....

il quale si impegna

- a rispettare scrupolosamente le indicazioni contenute nel foglietto illustrativo del vaccino;
- a predisporre un programma di vaccinazione aziendale, nel quale dovranno essere indicati con chiarezza i tempi, le modalità ed il numero dei capi, con indicazione della categoria, oggetto della vaccinazione;
- a seguire strettamente le eventuali prescrizioni del Servizio Veterinario dell'ATS;
- **a trasmettere al Servizio Veterinario dell'ATS tutte le schede di rilevazione degli interventi alla vaccinazione, nei tempi previsti e nelle modalità specificate dalla UO Veterinaria regionale**

✓ Di volersi avvalere, come servizio a pagamento, del Servizio Veterinario della ATS competente sull'allevamento (da sbarrare in caso non sia la scelta selezionata)

Li, ..... Data .....

Firma del Richiedente

Firma del Veterinario Aziendale

.....

.....

Visto, si autorizza:

Il Direttore del Distretto Veterinario

Data: .....

firma.....