DOMANDA DI ADESIONE AL PIANO PER IL CONTROLLO DELLA MASTITE DA STREPTOCOCCUS AGALACTIAE

REGIONE EMILIA ROMAGNA – PROVINCIA di ……..……..

Al Servizio di Sanità Pubblica Veterinaria della Azienda USL di …….……

Il sottoscritto: Cognome …… Nome ……

in qualità di: |__| Proprietario |__| Rappresentante Legale

dell'allevamento: Ragione sociale …….

Codice Aziendale |__|__|__|__|__|__|__|__|

Codice fiscale |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

sito nel Comune di ……..... Via ….....……..…… n ……...

Telefono ……. / ……..…… E-mail pec ……..……. @ …….……...

CHIEDE

di aderire al piano volontario per il controllo e l'eradicazione della mastite catarrale contagiosa da Streptococcus agalactiae

DICHIARA

• di avvalersi della collaborazione tecnica del Veterinario Dr. ……..……..……

Telefono ……. / ……..…… E-mail pec ……..……. @ …….……...

• di accettare gli obblighi previsti dal piano di cui è stata presa integralmente visione

Timbro e Firma di consenso del Veterinario

……

Timbro e Firma del Proprietario/Responsabile legale

……

Data …… / …… / ……

ALLEGATO 2

RegioneEmilia-Romagna

PIANO REGIONALE DI CONTROLLO STREPTOCOCCUS AGALACTIAE

CODICE AZIENDALE IT |__|__|__| |__|__| |__|__|__|

CODICE FISCALE ALLEVAMENTO |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

DENOMINAZIONE ALLEVAMENTO E INDIRIZZO

AUSL DI COMPETENZA ……

Numero campioni ☐ di latte individuale ☐ di latte di massa

Motivo del prelievo:

Controllo individuale per assegnazione qualifica allevamento indenne ☐	Controllo individuale per piano di controllo aziendale ☐	Controllo latte di massa in autocontrollo ☐	Altro

Si allega l'elenco degli identificativi dei campioni o dei capi prelevati*

N.	Identificativo campione / animale	N.	Identificativo campione / animale
1		**11**	
2		**12**	
3		**13**	
4		**14**	
5		**15**	
6		**16**	
7		**17**	
8		**18**	
9		**19**	
10		**20**	

*per identificativo degli animali s'intende il codice identificativo ufficiale dell'anagrafe zootecnica nazionale

Note

……..

Parte riservata all'Istituto Zooprofilattico Sperimentale competente per territorio

Istituto Zooprofilattico Sperimentale/Sezione diagnostica di ……..……..

Numero di registro generale IZS ……..……

Data di prelievo dei campioni …… /…….. / ……

Firma del Veterinario Prelevatore (leggibile) ……..……..……..

ALLEGATO 3

RegioneEmilia-Romagna	**PIANO REGIONALE DI CONTROLLO BRUCELLOSI LEUCOSI BOVINA ENZOOTICA STREPTOCOCCUS AGALACTIAE**

Azienda Azienda USL …….. Prot.

CODICE AZIENDALE IT |__|__|__| |__|__| |__|__|__|

DENOMINAZIONE ALLEVAMENTO E INDIRIZZO

Controllo Ufficiale - Motivo del prelievo:

Controllo latte di massa Streptococcus Agalactiae ☐	Controllo latte di massa Leucosi Bovina Enzootica ☐	Controllo latte di massa Brucellosi ☐

N.	Identificativo campione (*)	N. presunto animali in lattazione (**)

(*) In caso di più cisterne / tank presenti nello stesso codice aziendale a cui afferiscono gruppi di mungitura differenti il campione deve essere composto da più aliquote (almeno 1 per cisterna). In ogni caso è sempre necessario prelevare un campione dedicato per la ricerca di Streptococcus agalactiae

(**) indicare il numero di bovine che hanno contribuito alla costituzione del latte di massa della singola aliquota prelevata

Note

……...

……...

……...

Parte riservata all'Istituto Zooprofilattico Sperimentale competente per territorio

Istituto Zooprofilattico Sperimentale/Sezione diagnostica di ……..……..

Numero di registro generale IZS ……..……

Data di prelievo dei campioni …… /…….. / ……

Firma Veterinario Ufficiale o Tecnico della Prevenzione (leggibile) ……..