



**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](mailto:aslcn2@legalmail.it) – [www.aslcn2.it](http://www.aslcn2.it)

P.I./Cod. Fisc. 02419170044

## RICHIESTA DEROGA PIANO AUTOCONTROLLO SALMONELLA

Al Direttore  
Servizio Veterinario  
S.C. Area A Sanità Animale  
A.S.L. CN 2

### Il sottoscritto/a:

(nome) \_\_\_\_\_ (cognome) \_\_\_\_\_  
nato/a il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ stato di nascita \_\_\_\_\_  
nazionalità \_\_\_\_\_ codice fiscale \_\_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
telefono (fisso o mobile) \_\_\_\_\_ e-mail (facoltativa) \_\_\_\_\_

### in qualità di:

**Titolare/Legale rappresentante** della Ditta \_\_\_\_\_  
proprietaria degli animali dell'allevamento avicolo sito in via/loc. \_\_\_\_\_  
del Comune di \_\_\_\_\_ (CN) codice azienda \_\_\_\_\_ /CN/  
del quale è detentore il Sig. \_\_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_

## CHIEDE

l'autorizzazione ad usufruire della deroga prevista dal Piano Nazionale di Controllo per *Salmonella Enteritidis* e *Typhimurium* per gli allevamenti di polli da carne, al fine di poter effettuare il campionamento in autocontrollo in un solo gruppo per ciclo.

**CONSAPEVOLE CHE, ai sensi dell'art. 76, comma 1, D.P.R. 28 dicembre 2000, n° 445, chiunque rilascia dichiarazioni mendaci, forma atti falsi o ne fa uso nei casi previsti dallo stesso è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia**

## DICHIARA

Che nell'allevamento:

- viene applicato il tutto pieno/tutto vuoto
- la modalità di gestione è comune a tutti i gruppi
- a tutti gli animali vengono somministrati medesimi alimenti ed acqua
- per sei cicli consecutivi, il previsto campionamento in autocontrollo per la ricerca di *Salmonella SPP* è stato effettuato su tutti i gruppi dell'allevamento e tutti i campioni sono risultati negativi per *S. Enteritidis* e/o *S. Typhimurium*

Si allega copia dei referti relativi ai campionamenti previsti per i sei cicli.



**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](mailto:aslcn2@legalmail.it) – [www.aslcn2.it](http://www.aslcn2.it)

P.I./Cod. Fisc. 02419170044

**INFORMATIVA AI SENSI DELL'ART. 13 DEL D. Lgs. 196/2003 ("PRIVACY"):** "Dichiara in ultimo di essere informato/a che i suoi dati personali saranno trattati, in conformità al D.Lgs. 196/2003 ss. m.i., dall' ASL CN2 esclusivamente ai fini del presente procedimento e che potrà reperire ulteriori informazioni sulle modalità di utilizzo degli stessi sul sito Internet aziendale nonché presentando richiesta all' Ufficio Relazioni con il Pubblico"

\_\_\_\_\_ lì \_\_\_\_\_

In fede

\_\_\_\_\_

**SPAZIO RISERVATO AL SERVIZIO**

Il sottoscritto è identificato con documento di identità nr. \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

Il dipendente addetto \_\_\_\_\_



**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](mailto:aslcn2@legalmail.it) – [www.aslcn2.it](http://www.aslcn2.it)

P.I./Cod. Fisc. 02419170044

## INFORMAZIONI

### **A CHE COSA SERVE IL MODULO**

*Il modulo serve a richiedere al Servizio Veterinario l'autorizzazione alla deroga prevista dal Piano Nazionale di Controllo per Salmonella al fine di poter effettuare il campionamento di un solo gruppo per ciclo.*

### **CHI DEVE COMPILARE IL MODULO**

*Il modulo può essere compilato dal detentore, dal titolare o dal legale rappresentante dell' azienda.*

### **MODALITA' DI CONSEGNA DEL MODULO ALL'ASL**

*Il modulo può essere:*

- a) Firmato in presenza del dipendente addetto all' Ufficio Veterinario competente per territorio al quale è consegnato. In caso di firma del modello in presenza del dipendente addetto all'ufficio, il sottoscrittore verrà identificato previa esibizione di un documento identità.
- b) Spedito per telefax al numero 0172 – 420.313, con allegata fotocopia del documento di identità in corso di validità del richiedente.
- c) Trasmesso da **casella di posta elettronica ordinaria** all'indirizzo: [veterinario.bra@aslcn2.it](mailto:veterinario.bra@aslcn2.it) con allegata fotocopia del documento di identità in corso di validità del richiedente.
- d) Trasmesso **esclusivamente** da **P.E.C.** all'indirizzo **P.E.C. [aslcn2@legalmail.it](mailto:aslcn2@legalmail.it)**, con allegata fotocopia del documento di identità in corso di validità del richiedente
- e) **Firmato digitalmente** e trasmesso da **P.E.C.** all'indirizzo **P.E.C. [aslcn2@legalmail.it](mailto:aslcn2@legalmail.it)**.

*Avvertenze:*

*Se la richiesta viene fatta da una persona delegata è obbligatorio allegare delega scritta alla compilazione della presente richiesta e fotocopia del documento di identità in corso di validità del delegante.*

### **RIFERIMENTI:**

#### **Servizio Veterinario Area A Sanità Animale**

Viale Industria, 4 – 12040 - BRA

Tel. 0172 - 420.293 – Fax 0172 – 420.313

e – mail: [veterinario.bra@aslcn2.it](mailto:veterinario.bra@aslcn2.it)