



Ministero delle politiche agricole alimentari e forestali

DIPARTIMENTO DELLE POLITICHE COMPETITIVE, DELLA QUALITA' AGROALIMENTARE, IPPICHE E DELLA PESCA
GESTIONE EX ASSI

Area Galoppo -Via XX Settembre, 20 - 00187 Roma

DICHIARAZIONE DI DECESSO

(La dichiarazione deve essere effettuata entro 7 giorni oppure entro 3 giorni se l'evento è avvenuto in luogo diverso dal macello)

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA' AI SENSI DELL'ART. 47 DEL D.P.R. 28/12/2000, N. 445

Il/La sottoscritto/a in qualità di proprietario/comproprietario

Form with fields: Nome e cognome, Nominativo rappresentante legale, Comune o Stato estero di nascita, Data di nascita, Telefono, Fax, Via, Num. civico, Località, CAP, Comune, Provincia, Codice Fiscale Persona Fisica, Codice Fiscale persona Giuridica

Spazio da compilare solo per l'Area Galoppo e l'Area Trotto

Form with fields: Titolare della Scuderia/Allevamento, Telefono, Comproprietario con Scuderia/Allevamento, Fax

Consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. 28/12/2000, n. 445 per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci, sotto la propria responsabilità

DICHIARA CHE,

in data _____ è deceduto il seguente cavallo

Form with fields: Nome, Padre (nome e anno di nascita), Madre (nome e anno di nascita), Microchip, Nato il, Sesso (M, F, C), Codice UELN/Codice a vita/Nr. passaporto

ALLEGA:

- Passaporto del cavallo ovvero Denuncia di smarrimento documento di identificazione resa all'Autorità competente
In caso il cavallo sia stato macellato allegare la dichiarazione della stazione di macellazione di presa in carico del cavallo per la macellazione con indicazione di nome, anno di nascita, codice a vita/UELN, microchip (riportato sul documento di identificazione) e data di macellazione.
Fotocopia documento di identità in corso di validità del dichiarante

* Barrare la casella interessata

Data

_____/_____/_____

Firma
