



Ministero delle politiche agricole alimentari e forestali

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

Area Trotto - Via XX Settembre, 20 - 00187 Roma

FURTO – SMARRIMENTO CAVALLO TROTTATORE

Il sottoscritto

<input type="checkbox"/> PROPRIETARIO <input type="checkbox"/> COMPROPRIETARIO <input type="checkbox"/> DETENTORE DELEGATO					
Nome e cognome (se persona fisica) / Denominazione (se persona giuridica)			Nominativo rappresentante legale (se persona giuridica)		
Comune o Stato estero di nascita	Data di nascita ____/____/____	Telefono fisso	Posta elettronica (obbligatorio)	Percentuale di proprietà _____ %	
Residenza: Via	Num. civico	Località (se diversa dal comune)	CAP	Comune	Provincia
Cod. ASL	Codice Fiscale Persona Fisica		Codice Fiscale persona Giuridica		
Comproprietario con Scuderia/Allevamento _____				Telefono _____ Fax _____	

Comunica il furto **lo smarrimento** **del cavallo** (barrare la casella interessata):

CAVALLO	ANNO di nascita	GENEALOGIA	DATA EVENTO
cod a vita _____ cod UELN _____		Padre _____	
Nome _____		Madre _____	
Microchip _____			____/____/____

Dati relativi al luogo dove era tenuto il cavallo:

Denominazione Azienda _____
Indirizzo _____
Codice Aziendale rilasciato dalla ASL _____ Telefono _____ Fax _____
Eventuale luogo diverso da azienda dove è avvenuto l'evento _____

N.B.: La presente dichiarazione, compilata in tutte le sue parti e firmata, deve essere inoltrata esclusivamente per posta a questa Amministrazione unitamente a:

<input type="checkbox"/> Originale del documento di identificazione del cavallo (passaporto o attestato di deposito) <input type="checkbox"/> Denuncia di furto o smarrimento resa all'Autorità competente <input type="checkbox"/> Copia di valido documento di identità del sottoscrittore
--

Si ricorda che, ai sensi della normativa dell'Anagrafe degli Equidi, il furto deve essere comunicato entro 7 giorni dall'evento. Il presente modello, debitamente compilato in ogni sua parte deve essere inviata in originale a questa Amministrazione a mezzo posta

Data _____

Firma _____ (leggibile e per esteso)

Si informa il sottoscrittore del presente modulo che i dati indicati dallo stesso saranno trattati ed utilizzati direttamente da questa Amministrazione per l'espletamento delle proprie attività istituzionali, nonché forniti ai soggetti che espletano tali attività per suo conto, nonché ad altri soggetti pubblici per lo svolgimento delle relative funzioni istituzionali. I dati potranno essere utilizzati e forniti nei casi di riconosciuto diritto di accesso, nel rispetto del Decreto Legislativo n. 196/2003 e successive modifiche e integrazioni.