Modello 13

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

DICHIARAZIONE DI ATTRIBUZIONE DI PROPRIETA'

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA' (art. 47 D.P.R. n. 445 del 28 dicembre 2000)

IL SOTTOSCRITTO PROPRIETARIO:						
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)		
Residenza: Via	Num,civico	Località (se diversa dal comune)	CAP	Comune		Provincia
Cod. allev./propr. (solo se assegnato)	Codice Fiscale Persona Fisica			Codice Fiscale Persona Giuridica		

consapevole delle sanzioni penali in caso di dichiarazione mendace, così come stabilito dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000 del 28/12/2000

D I C H I A R A

1) di essere proprietario del cavallo _____ nato nell'anno _____ da (*stallone*) _____ e da (*fattrice*) _____;

2) di aver acquisito regolarmente la proprietà del citato equide;

3) di non aver comunicato a questa Amministrazione, a suo tempo, l'avvenuto passaggio di proprietà e/o di non essere riuscito a rintracciare il precedente proprietario;

4) ☐* di essere in possesso di regolare passaporto n._____ ;

5) ☐* di essere in possesso di passaporto non conforme alla normativa dell'Anagrafe degli equidi/attestato di deposito;

6) ☐* di non essere mai stato in possesso di documento di identificazione (passaporto/attestato di deposito) del cavallo di cui si dichiara la proprietà;

7) ☐* di non essere più in possesso di documento di identificazione (passaporto/attestato di deposito) del cavallo di cui si dichiara la proprietà, si allega al riguardo denuncia di smarrimento all'Autorità competente;

8) che attualmente il cavallo sopra indicato è ubicato presso la seguente struttura:

AZIENDA DOVE IL CAVALLO E' UBICATO					
Denominazione				Codice ASL aziendale	
Via	Num,civico	Località (se diversa dal comune)	CAP	Comune	Provincia

* barrare la casella interessata

A tal fine allega la seguente documentazione obbligatoria:

- ☐ Attestazione del versamento della prescritta tassa di **€ 107,00** tramite **bonifico** su conto corrente bancario intestato al Tesoro dello Stato IBAN **IT 86L 01000 03245 348 0 17 2537 00**, con specifica della causale di versamento.
- ☐ Copia di valido documento d'identità del sottoscrittore

Data _____ IL DICHIARANTE _____
(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.