



Ministero delle politiche agricole alimentari e forestali

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

Area Trotto - Via XX Settembre, 20 - 00187 Roma

Applicazione diretta
Bollo da 16,00 Euro

RICHIESTA DUPLICATO PASSAPORTO PER EQUIDE D.P.A.

(DESTINATO ALLA PRODUZIONE DI ALIMENTI PER IL CONSUMO UMANO)

Il sottoscritto

<input type="checkbox"/> PROPRIETARIO		<input type="checkbox"/> COMPROPRIETARIO		
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 _____

Chiede il rilascio del duplicato del passaporto del cavallo:

CAVALLO	ANNO di nascita	GENEALOGIA	MOTIVAZIONE
cod a vita _____ cod UELN _____		Padre _____	<input type="checkbox"/> furto <input type="checkbox"/> smarrimento <input type="checkbox"/> deterioramento
Nome _____		Madre _____	
Microchip _____			

Chiede, inoltre, che il duplicato del passaporto conservi la dichiarazione D.P.A. (EQUIDE DESTINATO ALLA PRODUZIONE DI ALIMENTI PER IL CONSUMO UMANO).

A tal fine allega la seguente documentazione obbligatoria:

(barrare le relative caselle)	
<input type="checkbox"/>	Originale della denuncia di furto o smarrimento del passaporto originale presentata all'Autorità competente
<input type="checkbox"/>	Attestazione del versamento della prescritta tassa di € 160,00 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.
<input type="checkbox"/>	Dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà resa dal proprietario del cavallo, ai sensi del D.P.R. n. 445/2000, con la quale dichiara che il cavallo non ha subito trattamenti medici che abbiano compromesso lo "status" dell'equide come animale destinato alla macellazione per il consumo umano (D.P.A.).
<input type="checkbox"/>	Originale della certificazione emessa dal Servizio Veterinario dell'ASL competente per territorio (ove è situato l'allevamento al momento della denuncia di smarrimento del passaporto) attestante che lo "status" dell'equide come animale destinato alla macellazione per il consumo umano (D.P.A.) non è stato compromesso da un trattamento medici
<input type="checkbox"/>	copia di valido documento di identità del richiedente
<input type="checkbox"/>	Chiede altresì il rilascio di autorizzazione temporanea a partecipare a competizioni sportive
	Ippodromo _____

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.



Ministero delle politiche agricole alimentari e forestali

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

Area Trotto - Via XX Settembre, 20 - 00187 Roma

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETÀ
PER RILASCIO DUPLICATO DEL PASSAPORTO PER EQUIDE D.P.A.
(DESTINATO ALLA PRODUZIONE DI ALIMENTI PER IL CONSUMO UMANO)**

(Artt. 47 D.P.R. n. 445/2000)

TRATTAMENTI MEDICINALI

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)	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		

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

DICHIARA

CHE IL CAVALLO			
Nome		Padre	Madre
Codice UELN	Nato il ____/____/____	Sesso <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> C	Microchip (se impiantato)

non è stato sottoposto a trattamenti medici che ne abbiano compromesso lo status di animale destinato alla macellazione per la produzione di alimenti per il consumo umano (DPA).

SI ALLEGA:
<input type="checkbox"/> copia di valido documento di identità del richiedente

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.