

Spazio riservato al Ministero

n. _____

del _____

Ministero delle politiche agricole alimentari e forestali
Dipartimento delle politiche europee ed internazionali dello sviluppo rurale
Direzione generale dello sviluppo rurale
DISR VII - Produzioni Animali

Via Venti Settembre, 20 – 00187 ROMA

Marca
da
bollo

SEZIONE A)

NULLA OSTA PER IMPORTAZIONE

- ☐ materiale seminale di animali provati positivamente ☐ ovuli
☐ materiale seminale per prove di progenie ☐ embrioni

contrassegnare con una X la casella corrispondente al caso che interessa

1 INFORMAZIONI RELATIVE ALL'IMPORTATORE

Ragione sociale o Cognome		Nome		Partita Iva o codice fiscale									
Estremi di nascita del dichiarante se persona fisica		Comune		Prov.	Sesso	prefisso		Recapito telefonico numero					
Giorno	_____	_____	_____	_____	_____	M	F	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Sede sociale o domicilio		Via	_____	n.	_____	Comune	_____	Prov.	_____	CAP	_____	_____	_____

2 INFORMAZIONI RELATIVE AL FORNITORE ESTERO

Ragione Sociale o Cognome		Nome	
Sede sociale o domicilio		Nazione	

3 ASSOCIAZIONE O ENTE CHE HA RILASCIATO IL CERTIFICATO GENEALOGICO

Ragione Sociale	
Sede sociale	Nazione

4 CENTRO DI FECONDAZIONE ARTIFICIALE

Ragione sociale		Partita Iva o codice fiscale										
Sede sociale	Via	_____	n.	_____	Comune	_____	Prov.	_____	CAP	_____	_____	_____
RECAPITO DEL CENTRO												
Ragione sociale		Partita Iva o codice fiscale										
Sede sociale	Via	_____	n.	_____	Comune	_____	Prov.	_____	CAP	_____	_____	_____

5 INFORMAZIONI RELATIVE AL PRODOTTO IMPORTATO

Dogana												
Numero tariffa doganale				Quantità importata				Numero sezioni B) compilate				
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____

Firma dell'Importatore		Validità fino a 6 mesi dalla data di emissione.	
Luogo: data:		Validità prorogata fino al:	
Associazione o Ente Libro genealogico		 Ministero delle politiche agricole alimentari e forestali Direzione Generale dello sviluppo rurale	
Si esprime parere di conformità			

Esemplare destinato a: (contrassegnare con una X il destinatario che interessa)

☐ Importatore ☐ Dogana ☐ Ministero della Sanità ☐ Mipaaf ☐ Associazione o Ente

Le parti colorate in grigio sono riservate al Ministero ed alle Associazioni o Enti

Data di presentazione della richiesta

6

Codice

7

Totali