



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**

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		Fax
Via		Num. civico	Località (se diversa dal comune)		CAP	Comune	Provincia
Codice Fiscale Persona Fisica					Codice Fiscale persona Giuridica		

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

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

Nome		Padre (nome e anno di nascita)		Madre (nome e anno di nascita)	
Microchip	Nato il ____/____/____	Sesso <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> 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
