

Allegato B

**DOMANDA DI ADESIONE AL PIANO REGIONALE DI PROFILASSI VOLONTARIO
DELLA RINOTRACHEITE INFETTIVA BOVINA (BHV1)**

Al Responsabile del Servizio di Medicina veterinaria della ASL

Il sottoscritto Cognome Nome

in qualità di Proprietario Responsabile Detentore

Ragione sociale
allevamento

Codice aziendale

Partita IVA impresa

Codice Fiscale

sito nel Comune

Via / Località

Telefono

TIPOLOGIA DELL'AZIENDA

TOTALE CAPI PRESENTI:

DI CUI: VACCHE

 MANZE

 VITELLI

CHIEDE

di aderire al piano di profilassi della IBR (rinotracheite infettiva bovina)

DICHIARA

- 1) di avvalersi della collaborazione tecnica del Dott., Medico Veterinario, tel., iscritto all'Albo della provincia di n
- 2) di accettare gli obblighi derivanti dalla adesione a detto piano, impegnandosi a seguire strettamente le prescrizioni che verranno impartite dal veterinario Libero professionista autorizzato o dal Servizio Veterinario ASL;
- 3) di essere consapevole che le spese riguardanti la profilassi vaccinale, gli accertamenti di laboratorio ed i prelievi aggiuntivi di sangue sugli animali di sua proprietà sono totalmente a proprio carico.

Lì

Firma del richiedente

Visto per quanto di competenza

.....

Il veterinario operatore

.....