



REGIONE AUTONOMA DI SARDEGNA
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

ASSESSORADU DE S'IGIENE E SANIDADE E DE S'ASSISTENTZIA SOTZIALE
ASSESSORATO DELL'IGIENE E SANITA' E DELL'ASSISTENZA SOCIALE

L'Assessore

DECRETO N. 69

DEL 18/12/2012

Allegato n. 13: VERBALE DI STIMA ANALITICA

AZIENDA SANITARIA LOCALE N. _____ - DI _____ Servizio Veterinario – Sanità Animale	
Indirizzo _____	Tel. _____ Fax _____
Data _____	Prot. _____

Al Ministero della Salute
D.G.S.A. e F.V –ROMA
Fax 06-59943614

All'Assessorato Igiene e Sanità – Servizio 4° - CAGLIARI
Fax 070-6065280

All'O.E.V.R. – CAGLIARI
Fax 070-6848246

Verbale di stima analitica dei capi abbattuti per peste suina _____

Si dichiara che, in esecuzione della Legge n. 34/68 nel Comune di _____ cod. aziendale IT _____ sono stati abbattuti n. _____ e distrutti n. _____ suini di proprietà del Sig. _____ nato a _____ il _____, residente a _____ in via _____, n. _____.

I suini, di razza _____, sono stati analiticamente stimati come segue:

A) SUINI DA MACELLO

N. CAPI	KG. PER CAPO	TOTALE KG.	IMPORTO PER KG.	INDENNIZZO

TOTALE INDENNIZZO A): € _____

B) SUINI DA VITA

N. CAPI	CATEGORIA	ISCRIZIONE L.G./ IBRIDO/ COMUNE/	QUALIFICA VUOTE/ GRAVIDE/	PREZZO PER CAPO	INDENNIZZO

TOTALE INDENNIZZO B): € _____

TOTALE INDENNIZZO A) + B): € _____

Nota: Ordinanza di abbattimento n. _____ del _____ Data abbattimento: _____

Bollettino ISMEA: settimana dal _____ al _____

Si attesta che l'interessato ha rispettato, durante l'abbattimento e la distruzione degli animali, le norme di polizia veterinaria.

OSSERVAZIONI: (compilare obbligatoriamente in caso di differenze numeriche rispetto alla notifica di conferma di malattia):

_____ li _____

Dr. _____ (responsabile dell'U.D.C. locale)*

Dr. _____ (membro dell'U.D.C. locale)

Dr. _____ (membro dell'U.D.C. locale)

Sig. _____ (rappresentante delle associazioni di categoria) *

* L'allevatore può avvalersi della consulenza di un rappresentante l'associazione di categoria