

## MODULO 25 COMUNICAZIONE DATI AZIENDA ASL ED UBICAZIONE CAVALLI

Inviare ad ANICA - Via delle Basse 1/1a - 43044 COLLECCHIO PR  
Fax 0521/800212 - email: [segreteria@anicahorse.org](mailto:segreteria@anicahorse.org)

**IMPORTANTE:** al fine di aggiornare la **Banca Dati Equina (BDE)**, Invitiamo tutti i proprietari a comunicare l'esatta ubicazione di ogni cavallo di proprietà, fornendo l'esatta intestazione dell'azienda ASL per la quale dovrà comunque essere **sempre allegata la fotocopia del certificato di attribuzione del codice aziendale rilasciato dalla ASL**.  
Gli **spostamenti temporanei dai cavalli da una azienda all'altra** sono regolati dall'ordinanza del Ministero della Salute del 15/04/2013 – [http://www.anicahorse.org/Media/Documenti/Ordinanza equidi.pdf](http://www.anicahorse.org/Media/Documenti/Ordinanza%20equidi.pdf) - devono essere registrati presso le ASL se le movimentazioni non sono fatte con mod 4 elettronico (mod rosa).

**Riportiamo uno stralcio della normativa in vigore (Anagrafe Equina)**

**Anagrafe equina manuale operativo Art. 7 Registrazione dell'azienda**

1. Ogni azienda, come definita all'art. 2, comma 1, lettera b), in cui sia presente anche un solo equide, deve essere registrata, a cura del titolare, presso il servizio veterinario competente per territorio conformemente a quanto disposto dall'art. 2 del decreto del Presidente della Repubblica 30 aprile 1996, n. 317, e successive modifiche. **Ogni variazione relativa all'azienda deve essere comunicata al servizio veterinario competente per territorio entro sette giorni dall'evento.**

DATI DELL'AZIENDA REGISTRATA PRESSO L'ASL	
Denominazione completa dell'Azienda	Codice aziendale ASL IT
Dati del titolare dell'azienda (nome e cognome)	
Codice Fiscale del titolare dell'Azienda:	
Partita IVA dell'azienda	
Indirizzo completo: Via _____ n. _____ Frazione _____ Località _____ CAP _____ Prov _____	
Tel. _____	e-mail _____@_____

**Cavalli P.S.A. ubicati presso l'azienda indicata sopra:**

	Nome completo del cavallo	Codice microchip	Nato nel	Sesso
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				

Dichiaro che i dati sopra forniti, in particolare i dati dell'azienda sono conformi al documento ASL - certificato di attribuzione codice azienda asl, di cui allego fotocopia.

Data : \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

L'ANICA informa il sottoscrittore del presente modulo, che i dati indicati dallo stesso saranno trattati ed utilizzati dagli uffici dell'Ente per l'espletamento delle proprie attività istituzionali, nonché forniti ai soggetti, che espletano tali attività per conto dell'Ente, 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