

## Dichiarazione dell'Operatore

Il sottoscritto Cognome ..... Nome ..... in qualità di:

Proprietario

Rappresentante legale

Detentore

dell'allevamento.....(Ragione sociale)

Codice aziendale .....

Partita IVA/Codice Fiscale impresa.....

Sito nel Comune .....

Via / Località .....

Tel ..... e-mail .....

Tipologia dell'azienda .....

Autorizza il Dott. ...., medico veterinario iscritto all'Ordine

dei Veterinari della Provincia di ..... n ..... alla compilazione del questionario relativo alla prevenzione del taglio della coda nel suino attraverso il sistema ClassyFarm del Ministero della Salute, consapevole delle conseguenze penali, in caso di dichiarazioni false e mendaci previste dal D.P.R. 445/2000. Sono inoltre consapevole che i dati raccolti con il questionario saranno visibili anche dai Servizio Sanitario Nazionale/Regionale per l'attività di epidemiosorveglianza.

L'autorizzazione al medico veterinario libero professionista indicato alla compilazione del questionario sopra segnalato è valida per sei mesi.

## Dichiarazione del Veterinario

Il sottoscritto Dott. .... medico veterinario libero

professionista, tel. ...., e-mail .....

Iscritto all'Albo della Provincia di ..... n ..... :

accetta l'incarico temporaneo (sei mesi) per la compilazione del questionario relativo alla prevenzione del taglio della coda nel suino attraverso il sistema del Ministero della Salute ClassyFarm, avente codice aziendale ..... e consapevole delle conseguenze penali, in caso di dichiarazioni false e mendaci previste dal D.P.R. 445/2000.

**FIRMA DELL'OPERATORE**

**FIRMA DEL VETERINARIO**

....., lì .....