Allegato alla Richiesta Mod.4 informatizzato n°_____ /_____

Il sottoscritto _____in qualità di Proprietario/Detentore dell'allevamento con Codice ASL _____

DICHIARA

che gli animali di seguito elencati e provenienti dal proprio allevamento, nei 90 giorni precedenti alla data di invio al macello, sono stati sottoposti a trattamenti medicinali e/o trattamenti con alimenti medicamentosi come da elenco sottostante:

IDENTIFICAZIONE DEGLI ANIMALI TRATTATI	DENOMINAZIONE COMMERCIALE DEL MEDICINALE UTILIZZATO	TIPO DI CONFEZIONE / QUANTITA'	CODICE AIC	DATA FINE TRATTAMENTO	GG TEMPO DI SOSPENSIONE
_____	_____	_____	_____	__/__/____	_____
_____	_____	_____	_____	__/__/____	_____
_____	_____	_____	_____	__/__/____	_____
_____	_____	_____	_____	__/__/____	_____
_____	_____	_____	_____	__/__/____	_____
_____	_____	_____	_____	__/__/____	_____
_____	_____	_____	_____	__/__/____	_____
_____	_____	_____	_____	__/__/____	_____
_____	_____	_____	_____	__/__/____	_____
_____	_____	_____	_____	__/__/____	_____
_____	_____	_____	_____	__/__/____	_____
_____	_____	_____	_____	__/__/____	_____
_____	_____	_____	_____	__/__/____	_____
_____	_____	_____	_____	__/__/____	_____
_____	_____	_____	_____	__/__/____	_____

Firma del Proprietario Detentore_____