



*Ministero delle politiche agricole alimentari e forestali*

DIPARTIMENTO DELLE POLITICHE COMPETITIVE, DELLA QUALITA' AGROALIMENTARE, IPPICHE E DELLA PESCA  
GESTIONE EX ASSI

Area Sella - Via XX Settembre, 20 - 00187 Roma

**DICHIARAZIONE DI DECESSO**

(La dichiarazione deve essere effettuata **entro 7 giorni** oppure **entro 3 giorni** se l'evento è avvenuto in luogo diverso dal macello)

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA' AI SENSI DELL'ART. 47 DEL D.P.R. 28/12/2000, N. 445

Il/La sottoscritto/a in qualità di **proprietario/comproprietario**

Nome e cognome (se persona fisica) / Denominazione (se persona giuridica)				Nominativo rappresentante legale (se persona giuridica)							
Comune o Stato estero di nascita		Data di nascita ____/____/____		Telefono		Fax		PEC / eMail			
Via		Num. civico		Località (se diversa dal comune)		CAP		Comune		Provincia	
Codice Fiscale Persona Fisica						Codice Fiscale persona Giuridica					

Spazio da compilare solo per l'Area Galoppo e l'Area Trotto

Titolare della Scuderia/Allevamento _____		Telefono _____	
Comproprietario con Scuderia/Allevamento _____		Fax _____	

Consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. 28/12/2000, n. 445 per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci, sotto la propria responsabilità

**DICHIARA CHE,**

in data \_\_\_\_\_ è deceduto il seguente cavallo

Nome		Padre (nome e anno di nascita)		Madre (nome e anno di nascita)	
Microchip		Nato il ____/____/____		Sesso <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> C	
Codice UELN/Codice a vita/Nr. passaporto					

**ALLEGA:**

- Passaporto del cavallo ovvero, se non rilasciato, ricevuta/attestato di deposito  
ovvero
- Denuncia di smarrimento documento di identificazione resa all'Autorità competente
- In caso il cavallo sia stato macellato allegare la dichiarazione della stazione di macellazione di presa in carico del cavallo per la macellazione con indicazione di nome, anno di nascita, codice a vita/UELN, microchip (riportato sul documento di identificazione) e data di macellazione.
- Fotocopia documento di identità in corso di validità del dichiarante

\* Barrare la casella interessata

Data

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Firma

\_\_\_\_\_

Si informa il sottoscrittore del presente modulo che i dati indicati dallo stesso saranno trattati ed utilizzati direttamente da questa Amministrazione per l'espletamento delle proprie attività istituzionali, nonché forniti ai soggetti che espletano tali attività per suo conto, 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 e successive modifiche e integrazioni.