MOD 6

Associazione Nazionale Italiana Cavallo Arabo

Anagrafe Equina

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 SOTTOSCRITTO, 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	e-mail	PEC		
Via	Num,civico	Località (se diversa dal comune)	CAP	Comune	Provincia	
Cod. allev./propr. *(Se già assegnato)*	Codice Fiscale Persona Fisica		Codice Fiscale Persona Giuridica			

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** ❑ M ❑ F ❑ C	**Codice UELN/Codice a vita/Nr. passaporto**

CODICE STALLA /AUSL in cui era ubicato il cavallo al momento del decesso	IT |__|__|__|__|__|__|__|__|
DENOMINAZIONE /Titolare del codice Stalla (Cognome e nome o Ragione Sociale)	

Firma leggibile del dichiarante _____

Allega: (barrare le caselle interessate)

- ☐ **Passaporto del cavallo** (se impossibilitati fornire denuncia di smarrimento documento 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 passaporto e data di macellazione o **certificato di morte**.
- ☐ **Fotocopia documento di identità** in corso di validità, del dichiarante.