

**A.N.I.C.A.**

**Associazione Nazionale Italiana Cavallo Arabo**

**Via delle Basse 1/1 A 43044 Collecchio PR**

**Tel 0521/805250 fax 0521/800212 - segreteria@anicahorse.org - www.anicahorse.org**

Dichiarazione sostitutiva ex artt. 46 e 47 del DPR 445/2000

per uso successione

**Il/la sottoscritto/a**

Cognome: \_\_\_\_\_ Nome: \_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_

Nato/a a: \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Residente in \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_

Cap \_\_\_\_\_ Loc: \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

N. documento di identità e tipo: \_\_\_\_\_

**Il/la sottoscritto/a**

Cognome: \_\_\_\_\_ Nome: \_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_

Nato/a a: \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Residente in \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_

Cap \_\_\_\_\_ Loc: \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

N. documento di identità e tipo: \_\_\_\_\_

**Il/la sottoscritto/a**

Cognome: \_\_\_\_\_ Nome: \_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_

Nato/a a: \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Residente in \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_

Cap \_\_\_\_\_ Loc: \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

N. documento di identità e tipo: \_\_\_\_\_

**Il/la sottoscritto/a**

Cognome: \_\_\_\_\_ Nome: \_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_

Nato/a a: \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Residente in \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_

Cap \_\_\_\_\_ Loc: \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

N. documento di identità e tipo: \_\_\_\_\_

**Il/la sottoscritto/a**

Cognome: \_\_\_\_\_ Nome: \_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_

Nato/a a: \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Residente in \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_

Cap \_\_\_\_\_ Loc: \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

N. documento di identità e tipo: \_\_\_\_\_

**CONSAPEVOLE/I DELLA RESPONSABILITÀ PENALE, IN CASO DI DICHIARAZIONI****NON VERITIERE, DI FORMAZIONE O USO DI ATTI FALSI, COME PREVISTO DALL'ART.****76 DEL D.P.R. 445/2000,****DICHIARA/DICHIARANO****A) che il/la Sig./Sig.ra**

Nome \_\_\_\_\_ cognome \_\_\_\_\_

Comune o Stato estero di nascita \_\_\_\_\_

Data di Nascita |\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_| Codice Fiscale \_\_\_\_\_

è **deceduto il giorno** \_\_\_\_\_, nel Comune di \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_**B) Che il suddetto defunto risultava essere proprietario dei seguenti equidi PSA:**

Nome completo del cavallo	Anno di nascita	Sesso	Microchip

**C) che i signori**

Cognome	Nome	Codice Fiscale

sono gli unici eredi del suddetto defunto e che non esistono altri che possano vantare diritti sull'eredità.

**D)** che i suddetti soggetti hanno il seguente grado di parentela con il defunto e la quota di eredità indicata

per ciascuno:

**EREDE 1**

Nome e cognome \_\_\_\_\_

Grado parentela con il defunto \_\_\_\_\_

Quota di eredità \_\_\_\_\_

**EREDE 2**

Nome e cognome \_\_\_\_\_

Grado parentela con il defunto \_\_\_\_\_

Quota di eredità \_\_\_\_\_

**EREDE 3**

Nome e cognome \_\_\_\_\_

Grado parentela con il defunto \_\_\_\_\_

Quota di eredità \_\_\_\_\_

**EREDE 4**

Nome e cognome \_\_\_\_\_

Grado parentela con il defunto \_\_\_\_\_

Quota di eredità \_\_\_\_\_

**EREDE 5**

Nome e cognome \_\_\_\_\_

Grado parentela con il defunto \_\_\_\_\_

Quota di eredità \_\_\_\_\_

**E) PROPRIETARIO RESPONSABILE**

Si indica come PROPRIETARIO RESPONSABILE DEL CAVALLO ai sensi della normativa

dell'Anagrafe degli Equidi di cui al D.M. 26 settembre 2011, paragrafo 7, l'erede Sig./Sig.ra:

---

**F) AZIENDA DI UBICAZIONE DEI CAVALLI**

Denominazione \_\_\_\_\_

Codice stalla rilasciato dalla ASL |\_\_|\_\_|\_\_||\_\_|\_\_||\_\_|\_\_|

Via \_\_\_\_\_ Num. civico \_\_\_\_\_

Località (se diversa dal comune) \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

Comune Provincia \_\_\_\_\_

**G) di fare proprie tutte le dichiarazioni che precedono, esonerando l'A.N.I.C.A. da ogni qualsivoglia responsabilità.**

\*\*\*\*\*

**Nel caso in cui si vogliano intestare i cavalli ad uno soltanto degli eredi o ad una persona giuridica costituita dagli stessi potranno essere compilati i campi che seguono.**

**INTESTAZIONE CAVALLI:**

**CAVALLO 1**

Nome completo del cavallo	Anno di nascita	Sesso	Microchip

Erede che si designa intestatario (nome e cognome): \_\_\_\_\_

AZIENDA IN CUI IL CAVALLO E' UBICATO:

Denominazione: \_\_\_\_\_

Codice ASL aziendale: \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

CAP \_\_\_\_\_ Comune \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_

**CAVALLO 2**

Nome completo del cavallo	Anno di nascita	Sesso	Microchip

Erede che si designa intestatario (nome e cognome): \_\_\_\_\_

AZIENDA IN CUI IL CAVALLO E' UBICATO:

Denominazione: \_\_\_\_\_

Codice ASL aziendale: \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

CAP \_\_\_\_\_ Comune \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_

**CAVALLO 3**

Nome completo del cavallo	Anno di nascita	Sesso	Microchip

Erede che si designa intestatario (nome e cognome): \_\_\_\_\_

AZIENDA IN CUI IL CAVALLO E' UBICATO:

Denominazione: \_\_\_\_\_

Codice ASL aziendale: \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

CAP \_\_\_\_\_ Comune \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_

**CAVALLO 4**

Nome completo del cavallo	Anno di nascita	Sesso	Microchip

Erede che si designa intestatario (nome e cognome): \_\_\_\_\_

AZIENDA IN CUI IL CAVALLO E' UBICATO:

Denominazione: \_\_\_\_\_

Codice ASL aziendale: \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

CAP \_\_\_\_\_ Comune \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_

**CAVALLO 5**

Nome completo del cavallo	Anno di nascita	Sesso	Microchip

Erede che si designa intestatario (nome e cognome): \_\_\_\_\_

AZIENDA IN CUI IL CAVALLO E' UBICATO:

Denominazione: \_\_\_\_\_

Codice ASL aziendale: \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

CAP \_\_\_\_\_ Comune \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_

## AZIENDA IN CUI IL CAVALLO E' UBICATO:

Denominazione: \_\_\_\_\_

Codice ASL aziendale: \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

CAP \_\_\_\_\_ Comune \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_

\*\*\*\*\*

Luogo/Data: \_\_\_\_\_ Firma leggibile \_\_\_\_\_

**N.B. - Allegare sempre i documenti di identità validi di tutti gli eredi, nonché copia della denuncia di successione;**

- In caso di legato o successione testamentaria, allegare anche copia del testamento**
- allegare contabile per spese di segreteria di € 26 a favore di Anica**

**Banca Credit Agricole**

**Iban IT69H06230 65690 00000 7898162 – BIC CRPP IT2P 411**

\*\*\*\*\*

*Pienamente informato delle finalità e delle modalità del trattamento dei dati sopra forniti e rilevato che lo stesso è rispettoso del D. Lgs. N.º196/2003 s.m.i. e del Reg. UE 2016/679, così come integrato con*

*le modifiche introdotte dal DECRETO LEGISLATIVO 10 agosto 2018, n. 101, esprimo il consenso al trattamento*

*dei dati personali, comuni, sensibili e giudiziari; autorizzando espressamente, altresì, la relativa comunicazione a terzi, nonché la loro pubblicazione.*

Luogo/Data: \_\_\_\_\_ Firma leggibile \_\_\_\_\_

Luogo/Data: \_\_\_\_\_ Firma leggibile \_\_\_\_\_