

**A.S.S.I.****AGENZIA PER LO SVILUPPO DEL SETTORE IPPICO**

Anagrafe Equina (Legge n. 200/2003, D.M. 29/12/2009 e D.M. 26/09/2011)

ASSI (ex-UNIRE) AREA GALOPPO* AREA SELLA* AREA TROTTO*Via Cristoforo Colombo, 283/A
00147 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	
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
