

ALLEGATO 1 – MODELLO 1

Alla Giunta Regionale della Campania – Dipartimento della Salute e delle Risorse Naturali – Direzione Generale per le Politiche Agricole, Alimentari e forestali – Unità Operativa Dirigenziale: Tutela della qualità, tracciabilità dei prodotti agricoli e zootecnici, Servizi di sviluppo agricoli – codice 52 06 09 - Centro Direzionale - Isola A/6 - 80143 - Napoli -
PEC: dg06.uod09@pec.regione.campania.it

Oggetto: Richiesta autorizzazione a gestire una stazione di monta naturale pubblica bovina

Dati identificativi del richiedente:

Cognome e nome o Ragione sociale _____
Codice Fiscale _____ P.IVA _____
data di nascita __/__/____ Comune di nascita _____ (____)

Domicilio o sede legale:

Indirizzo e numero civico: _____
Comune _____ (____) Tel. _____
- Fax. _____ PEC _____

Dati identificativi del rappresentante legale (se persona giuridica):

Cognome e nome _____
Codice Fiscale _____ data di nascita __/__/____
Comune di nascita _____ (____)

Domicilio: Indirizzo e numero civico: _____
Comune _____ (____) Tel. _____ - Fax. _____

CHIEDE

di essere autorizzato per il quinquennio 20__/20__ a gestire una stazione di monta naturale pubblica per la specie bovina

DICHIARA

(Dichiarazione Sostitutiva di Atto di Notorietà ai sensi dell'Art. 47 D.P.R. 445 del 28.12.2000)

- di essere consapevole che in caso di dichiarazione mendace sarà punito ai sensi del Codice Penale secondo quanto prescritto dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000 e che, inoltre, qualora dal controllo effettuato emerga la non veridicità del contenuto di taluna delle dichiarazioni rese, decadrà dai benefici conseguenti al provvedimento eventualmente emanato sulla base della dichiarazione non veritiera (art. 75 D.P.R. 445/2000);
- di conoscere gli obblighi previsti dalla normativa vigente per la gestione ed il funzionamento delle stazioni di monta naturale pubblica bovina e si impegna a rispettarli;
- che le strutture da adibire a stazione di monta, con codice ASL _____, sono ubicate nel Comune di _____ (____) in via / località _____ numero civico _____;
- che presso la stazione come sopra individuata funzioneranno i seguenti riproduttori maschi:

Razza	N. Marca Auricolare	Tariffa

- che i predetti riproduttori sono iscritti alla sezione riproduttori maschi dei rispettivi libri genealogici / registri anagrafici;
- di possedere sufficiente capacità per la gestione di una stazione di monta;
- che il personale impiegato nella stazione di monta è qualificato per le specifiche mansioni.

Autorizza l'acquisizione ed il trattamento dei dati contenuti nella presente dichiarazione per l'emanazione del provvedimento amministrativo ed anche ai fini dei controlli previsti dalla vigente normativa in materia, ai sensi del D.Lgs.196/03.

_____, li __/__/____

FIRMA

Ai fini dell'autenticazione della firma allega fotocopia del documento _____
n° _____ rilasciato da _____ in data __/__/____.

ALLEGA

1. Dichiarazione sostitutiva di certificazione, resa ai sensi dell'art. 46 del D.P.R. 445 del 28/12/2000, attestante il titolo di studio posseduto;
2. certificazione dell'Azienda Sanitaria Locale di competenza che attesta il rispetto delle condizioni igienico - sanitarie, ai sensi dell'art. 3, comma 1, lettera b) del D.M. 403/2000;
3. (per le persone giuridiche) copia autentica ai sensi di Legge dello statuto e dell'atto degli organi statutari che autorizzano il richiedente alla presentazione della domanda di autorizzazione.

Alla Giunta Regionale della Campania – Dipartimento della Salute e delle Risorse Naturali – Direzione Generale per le Politiche Agricole, Alimentari e forestali – Unità Operativa Dirigenziale: Tutela della qualità, tracciabilità dei prodotti agricoli e zootecnici, Servizi di sviluppo agricoli – codice 52 06 09 - Centro Direzionale - Isola A/6 - 80143 - Napoli – PEC: dg06.uod09@pec.regione.campania.it

Oggetto: Richiesta autorizzazione a gestire una stazione di monta naturale pubblica / privata per la specie equina / autorizzazione al prelievo ed impiego di materiale seminale fresco

Dati identificativi del richiedente:

Cognome e nome o Ragione sociale _____
 Codice Fiscale _____ P.IVA _____
 data di nascita __/__/____ Comune di nascita _____ (____)

Domicilio o sede legale:

Indirizzo e numero civico: _____
 Comune _____ (____) Tel. _____
 - Fax. _____ PEC _____

Dati identificativi del rappresentante legale (se persona giuridica):

Cognome e nome _____
 Codice Fiscale _____ data di nascita __/__/____
 Comune di nascita _____ (____)

Domicilio: Indirizzo e numero civico: _____
 Comune _____ (____) Tel. _____ - Fax. _____

CHIEDE

- di essere autorizzato per il quinquennio 20__/20__ a gestire una stazione di monta naturale pubblica / privata per la specie equina;
- di essere autorizzato al prelievo del materiale seminale degli stalloni presenti nella stazione ed al successivo impiego dello stesso, come materiale fresco, sulle fattrici che si trovano presso la stazione medesima.

DICHIARA

(Dichiarazione Sostitutiva di Atto di Notorietà ai sensi dell'Art. 47 D.P.R. 445 del 28.12.2000)

- di essere consapevole che in caso di dichiarazione mendace sarà punito ai sensi del Codice Penale secondo quanto prescritto dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000 e che, inoltre, qualora dal controllo effettuato emerga la non veridicità del contenuto di taluna delle dichiarazioni rese, decadrà dai benefici conseguenti al provvedimento eventualmente emanato sulla base della dichiarazione non veritiera (art. 75 del D.P.R. 445/2000);
- di conoscere gli obblighi previsti dalla normativa vigente per la gestione ed il funzionamento delle stazioni di monta naturale equina e si impegna a rispettarli;
- che le strutture da adibire a stazione di monta, con codice ASL _____, sono ubicate nel Comune di _____ (____) in via / località _____ numero civico _____;
- (in caso di autorizzazione al prelievo ed impiego di materiale seminale fresco) che il responsabile della attività di prelievo ed impiego di materiale seminale fresco è il medico veterinario dott. _____, di cui allega Dichiarazione Sostitutiva di Certificazione (resa ai sensi dell'Art. 46 del D.P.R. 445 del 28.12.2000) attestante l'iscrizione all'Ordine professionale ed all'elenco regionale degli operatori di inseminazione artificiale (con indicazione del codice univoco);
- che presso la stazione come sopra individuata funzioneranno i seguenti riproduttori maschi:

Razza	Nome	Numero del trasponder	Monta pubblica - Tariffa

- che i predetti riproduttori sono iscritti alla sezione riproduttori maschi dei dei rispettivi libri genealogici / registri anagrafici;

- di possedere sufficiente capacità per la gestione di una stazione di monta;
- che il personale impiegato nella stazione di monta è qualificato per le specifiche mansioni.

Autorizza l'acquisizione ed il trattamento dei dati contenuti nella presente dichiarazione per l'emanazione del provvedimento amministrativo ed anche ai fini dei controlli previsti dalla vigente normativa in materia, ai sensi del D.Lgs.196/03.

_____, li __/__/____

FIRMA

Ai fini dell'autenticazione della firma allega fotocopia del documento _____ n° _____
rilasciato da _____ in data __/__/_____.

ALLEGA

1. Dichiarazione sostitutiva di certificazione, resa ai sensi dell'art. 46 del D.P.R. 445 del 28/12/2000, attestante il titolo di studio posseduto;
2. certificazione dell'Azienda Sanitaria Locale di competenza che attesta il rispetto delle condizioni igienico - sanitarie, ai sensi dell'art. 3, comma 1, lettera b) del D.M. 403/2000 ed art. 3 comma 2 lettera a) e b) per l' autorizzazione al prelievo ed impiego di materiale seminale fresco;
3. (per le persone giuridiche) copia autentica ai sensi di Legge dello statuto e dell'atto degli organi statutari che autorizzano il richiedente alla presentazione della domanda di autorizzazione.

ALLEGATO A – MODELLO 3

Alla Giunta Regionale della Campania – Dipartimento della Salute e delle Risorse Naturali – Direzione Generale per le Politiche Agricole, Alimentari e forestali – Unità Operativa Dirigenziale: Tutela della qualità, tracciabilità dei prodotti agricoli e zootecnici, Servizi di sviluppo agricoli – codice 52 06 09 - Centro Direzionale - Isola A/6 - 80143 - Napoli –
PEC: dg06.uod09@pec.regione.campania.it

Oggetto: Richiesta di autorizzazione all'utilizzo di riproduttori equini di interesse locale

Dati identificativi del richiedente:

Cognome e nome o Ragione sociale _____
Codice Fiscale _____ P.IVA _____
data di nascita __/__/____ Comune di nascita _____ (____)
PEC _____

Domicilio o sede legale:

Indirizzo e numero civico: _____
Comune _____ (____) Tel. _____ - Fax. _____

Dati identificativi del rappresentante legale (se persona giuridica):

Cognome e nome _____ Codice Fiscale _____
data di nascita __/__/____ Comune di nascita _____ (____)
Domicilio: Indirizzo e numero civico: _____
Comune _____ Tel. _____ Fax. _____

Titolare della stazione di monta equina pubblica / privata con codice _____
- Codice ASL _____

CHIEDE

di essere autorizzato per la stagione di monta - anno _____ ad utilizzare gli stalloni equini di interesse locale di seguito indicati:

Numero del trasponder	Data di nascita	Tipo genetico di appartenenza	Provenienza	Tariffa

Per gli stalloni provenienti dall'estero, allega in copia, i certificati genealogici.

_____, li __/__/____

FIRMA

Alla Giunta Regionale della Campania – Dipartimento della Salute e delle Risorse Naturali – Direzione Generale per le Politiche Agricole, Alimentari e forestali – Unità Operativa Dirigenziale: Tutela della qualità, tracciabilità dei prodotti agricoli e zootecnici, Servizi di sviluppo agricoli – codice 52 06 09 - Centro Direzionale - Isola A/6 - 80143 - Napoli –
PEC: dg06.uod09@pec.regione.campania.it

Oggetto: Richiesta autorizzazione a gestire una stazione di inseminazione artificiale per la specie equina

Dati identificativi del richiedente:

Cognome e nome o Ragione sociale _____
Codice Fiscale _____ P.IVA _____
data di nascita ___/___/___ Comune di nascita _____ (___)
Codice aziendale ASL _____ PEC _____

Domicilio o sede legale:

Indirizzo e numero civico: _____
Comune _____ (___) Tel. _____ - Fax. _____

Dati identificativi del rappresentante legale (se persona giuridica):

Cognome e nome _____ Codice Fiscale _____
data di nascita ___/___/___ Comune di nascita _____
(___)

Domicilio: Indirizzo e numero civico:

Comune _____ (___) Tel. _____ - Fax. _____

CHIEDE

di essere autorizzato per il quinquennio 20__/20__ a gestire una stazione di inseminazione artificiale per la specie equina.

DICHIARA

(Dichiarazione Sostitutiva di Atto di Notorietà ai sensi dell'Art. 47 D.P.R. 445 del 28.12.2000)

- di essere consapevole che in caso di dichiarazione mendace sarà punito ai sensi del Codice Penale secondo quanto prescritto dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000 e che, inoltre, qualora dal controllo effettuato emerga la non veridicità del contenuto di taluna delle dichiarazioni rese, decadrà dai benefici conseguenti al provvedimento eventualmente emanato sulla base della dichiarazione non veritiera (art. 75 del D.P.R. 445/2000);
- di conoscere gli obblighi previsti dalla normativa vigente per la gestione ed il funzionamento delle stazioni di inseminazione artificiale equina e si impegna a rispettarli;
- che le strutture da adibire a stazione di inseminazione artificiale, con codice ASL _____, sono ubicate nel Comune di _____ (___) in via / località _____ numero civico _____;
- di possedere sufficiente capacità per la gestione di una stazione di inseminazione artificiale equina;
- che il personale impiegato nella stazione è qualificato per le specifiche mansioni;
- che il medico veterinario che garantisce la regolare operatività della stazione è il dott. _____, di cui allega Dichiarazione Sostitutiva di Certificazione (resa ai sensi dell'Art. 46 del D.P.R. 445 del 28.12.2000) attestante l'iscrizione all'Ordine professionale ed all'elenco regionale degli operatori di inseminazione artificiale (con indicazione del codice univoco).

Autorizza l'acquisizione ed il trattamento dei dati contenuti nella presente dichiarazione per l'emanazione del provvedimento amministrativo ed anche ai fini dei controlli previsti dalla vigente normativa in materia, ai sensi del D.Lgs.196/03.

_____, lì ___/___/_____

FIRMA

Ai fini dell'autenticazione della firma allega fotocopia del documento _____
n° _____ rilasciato da _____ in data ___/___/_____.

ALLEGA

1. dichiarazione sostitutiva di certificazione, resa ai sensi dell'art. 46 del D.P.R. 445 del 28/12/2000, attestante il titolo di studio posseduto;
2. dichiarazione dell'Azienda Sanitaria Locale di competenza che attesta il rispetto delle condizioni igienico - sanitarie, ai sensi dell'art 3, comma 1, lettera b) ed art. 8 del D.M. 403/2000;
3. elenco dei recapiti presso i quali intende rifornirsi di materiale seminale e delle tariffe praticate;
4. relazione tecnica contenente la descrizione delle strutture ed attrezzature destinate alla stazione di inseminazione artificiale;
5. (per le persone giuridiche) copia autentica ai sensi di Legge dello statuto e dell'atto degli organi statutari che autorizzano il richiedente alla presentazione della domanda di autorizzazione.

ALLEGATO A – MODELLO 5

Alla Giunta Regionale della Campania – Dipartimento della Salute e delle Risorse Naturali – Direzione Generale per le Politiche Agricole, Alimentari e forestali – Unità Operativa Dirigenziale: Tutela della qualità, tracciabilità dei prodotti agricoli e zootecnici, Servizi di sviluppo agricoli – codice 52 06 09 - Centro Direzionale - Isola A/6 - 80143 - Napoli
PEC: dg06.uod09@pec.regione.campania.it

Oggetto: Richiesta autorizzazione a gestire un Centro di produzione dello sperma

Dati identificativi del richiedente:

Cognome e nome o Ragione sociale _____
Codice Fiscale _____ P.IVA _____ data di nascita __/__/____
Comune di nascita _____ (____) PEC _____

Domicilio o sede legale:

Indirizzo e numero civico: _____
Comune _____ (____) Tel. _____ - Fax. _____

Dati identificativi del rappresentante legale (se persona giuridica):

Cognome e nome _____
Codice Fiscale _____ data di nascita __/__/____
Comune di nascita _____ (____)

Domicilio: Indirizzo e numero civico: _____
Comune _____ (____) Tel. _____ - Fax. _____

CHIEDE

di essere autorizzato a gestire un Centro di produzione dello sperma per le seguenti specie:

- _____
- _____
- _____
- _____

DICHIARA

(Dichiarazione Sostitutiva di Atto di Notorietà ai sensi dell'Art. 47 D.P.R. 445 del 28.12.2000)

- di essere consapevole che in caso di dichiarazione mendace sarà punito ai sensi del Codice Penale secondo quanto prescritto dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000 e che, inoltre, qualora dal controllo effettuato emerga la non veridicità del contenuto di taluna delle dichiarazioni rese, decadrà dai benefici conseguenti al provvedimento eventualmente emanato sulla base della dichiarazione non veritiera (art. 75 del D.P.R. 445/2000);
- di conoscere gli obblighi previsti dalla normativa vigente per la gestione ed il funzionamento dei centri di produzione dello sperma e si impegna a rispettarli;
- che le strutture da adibire a centro di produzione dello sperma, con codice ASL _____, sono ubicate nel Comune di _____ (____) in via / località _____ numero civico _____;
- di possedere sufficiente capacità per la gestione di un centro di produzione dello sperma;
- che il personale impiegato nel centro è qualificato per le specifiche mansioni;
- che il medico veterinario responsabile della gestione sanitaria del centro è il dott. _____, di cui allega Dichiarazione Sostitutiva di Certificazione (resa ai sensi dell'Art. 46 D.P.R. 445 del 28.12.2000) attestante l'iscrizione all'Ordine professionale.

Autorizza l'acquisizione ed il trattamento dei dati contenuti nella presente dichiarazione per l'emanazione del provvedimento amministrativo ed anche ai fini dei controlli previsti dalla vigente normativa in materia, ai sensi del D.Lgs.196/03.

_____, li __/__/____

FIRMA

Ai fini dell'autenticazione della firma allega fotocopia del documento _____
n° _____ rilasciato da _____ in data __/__/____.

ALLEGA

1. l'elenco dei riproduttori impiegati nel Centro (nome, n° marca auricolare / n° trasponder) e, in originale, in visione, i relativi certificati genealogici o loro copia autenticata ai sensi di legge;
2. elenco delle attrezzature utilizzate;
3. descrizione dei locali di cui si dispone, riportante la loro precisa ubicazione, completa di pianta planimetrica e riferimenti catastali;
4. elenco dei recapiti collegati e tariffe praticate;
5. relazione sull'organizzazione tecnica e commerciale per la produzione e distribuzione del materiale seminale;
6. certificazione dell'Azienda Sanitaria Locale di competenza dalla quale risulti che sono garantite le necessarie misure di igiene e sanità, ai sensi dell'art. 12, comma 1, lettera b) del D.M. 403/2000;
7. (per le persone giuridiche) copia autentica ai sensi di Legge dello statuto e dell'atto degli organi statutari che autorizzano il richiedente alla presentazione della domanda di autorizzazione.

ALLEGATO A – MODELLO 6

Alla Giunta Regionale della Campania – Dipartimento della Salute e delle Risorse Naturali – Direzione Generale per le Politiche Agricole, Alimentari e forestali – Unità Operativa Dirigenziale: Tutela della qualità, tracciabilità dei prodotti agricoli e zootecnici, Servizi di sviluppo agricoli – codice 52 06 09 - Centro Direzionale - Isola A/6 - 80143 – Napoli
 PEC: dg06.uod09@pec.regione.campania.it

Oggetto: Richiesta autorizzazione alla raccolta, direttamente in azienda, di materiale seminale di razze autoctone e tipi genetici a limitata diffusione

Dati identificativi del richiedente:

Cognome e nome o Ragione sociale _____
 Codice Fiscale _____ P.IVA _____
 data di nascita __/__/____ Comune di nascita _____ (____)
 PEC _____

Domicilio o sede legale:

Indirizzo e numero civico: _____
 Comune _____ (____) Tel. _____ - Fax. _____

Dati identificativi del rappresentante legale (se persona giuridica):

Cognome e nome _____ Codice Fiscale _____
 data di nascita __/__/____ Comune di nascita _____ (____)
 Domicilio: Indirizzo e numero civico: _____
 Comune _____ (____) Tel. _____ Fax. _____

Titolare del centro di produzione dello sperma con codice _____
 - Codice ASL _____

CHIEDE

Di essere autorizzato alla raccolta di materiale seminale dei sotto indicati riproduttori maschi afferenti a razze autoctone e tipi genetici a limitata diffusione direttamente nelle aziende che li ospitano.

RIPRODUTTORE			AZIENDA		
Specie	Tipo genetico	Marca auricolare / trasponder	Denominazione	Ubicazione	Codice ASL

_____, li __/__/____

FIRMA

ALLEGATO A – MODELLO 7

Alla Giunta Regionale della Campania – Dipartimento della Salute e delle Risorse Naturali – Direzione Generale per le Politiche Agricole, Alimentari e forestali – Unità Operativa Dirigenziale: Tutela della qualità, tracciabilità dei prodotti agricoli e zootecnici, Servizi di sviluppo agricoli – codice 52 06 09 - Centro Direzionale - Isola A/6 - 80143 - Napoli -
PEC: dg06.uod09@pec.regione.campania.it

Oggetto: Richiesta autorizzazione a gestire un Recapito di materiale seminale e/o di embrioni

Dati identificativi del richiedente:

Cognome e nome o Ragione sociale _____
Codice Fiscale _____ P.IVA _____
data di nascita ___/___/___ Comune di nascita _____ (___)

Domicilio o sede legale:

Indirizzo e numero civico: _____
Comune _____ (___) Tel. _____ - Fax. _____
PEC _____

Dati identificativi del rappresentante legale (se persona giuridica):

Cognome e nome _____
Codice Fiscale _____ data di nascita ___/___/___
Comune di nascita _____ (___)

Domicilio: Indirizzo e numero civico:

Comune _____ (___) Tel. _____ - Fax. _____

CHIEDE

di essere autorizzato a gestire un Recapito di materiale seminale e/o di embrioni per le seguenti specie

- _____
- _____

DICHIARA

(Dichiarazione Sostitutiva di Atto di Notorietà ai sensi dell'Art. 47 D.P.R. 445 del 28.12.2000)

- di essere consapevole che in caso di dichiarazione mendace sarà punito ai sensi del Codice Penale secondo quanto prescritto dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000 e che, inoltre, qualora dal controllo effettuato emerga la non veridicità del contenuto di taluna delle dichiarazioni rese, decadrà dai benefici conseguenti al provvedimento eventualmente emanato sulla base della dichiarazione non veritiera (art. 75 D.P.R. 445/2000);
- di conoscere gli obblighi previsti dalla normativa vigente per la gestione ed il funzionamento dei Recapiti e si impegna a rispettarli;
- che le strutture da adibire a Recapito di materiale seminale e/o embrioni, sono ubicate nel Comune di _____ (___) in via / località _____ numero civico _____;
- di possedere sufficiente capacità per la gestione di un recapito;
- che il personale impiegato nel recapito è qualificato per le specifiche mansioni;
- che il direttore del recapito è _____, di cui allega Dichiarazione Sostitutiva di Certificazione (resa ai sensi dell'Art. 46 del D.P.R. 445 del 28.12.2000) attestante il titolo di studio posseduto (diploma di laurea o diploma di scuola media superiore, entrambi ad indirizzo agrario o zootecnico).

Autorizza l'acquisizione ed il trattamento dei dati contenuti nella presente dichiarazione per l'emanazione del provvedimento amministrativo ed anche ai fini dei controlli previsti dalla vigente normativa in materia, ai sensi del D.Lgs.196/03.

_____, li ___/___/___

FIRMA

Ai fini dell'autenticazione della firma allega fotocopia del documento _____
n° _____ rilasciato da _____ in data ___/___/___.

ALLEGA

1. relazione descrittiva dei locali utilizzati, contenente anche indicazioni circa la loro ubicazione, complete dei riferimenti catastali;
2. l'elenco dei Centri nazionali di produzione dello sperma, dei Centri di produzione degli embrioni e dei Gruppi di raccolta degli embrioni dai quali provengono il materiale seminale e/o gli embrioni distribuiti e delle tariffe praticate;
3. relazione sull'organizzazione della distribuzione;
4. (per le persone giuridiche) copia autentica ai sensi di Legge dello statuto e dell'atto degli organi statutari che autorizzano il richiedente alla presentazione della domanda di autorizzazione.

ALLEGATO A – MODELLO 8

Alla Giunta Regionale della Campania – Dipartimento della Salute e delle Risorse Naturali – Direzione Generale per le Politiche Agricole, Alimentari e forestali – Unità Operativa Dirigenziale: Tutela della qualità, tracciabilità dei prodotti agricoli e zootecnici, Servizi di sviluppo agricoli – codice 52 06 09 - Centro Direzionale - Isola A/6 - 80143 - Napoli
PEC: dg06.uod09@pec.regione.campania.it

Oggetto: Richiesta autorizzazione a gestire un Gruppo di raccolta embrioni

Dati identificativi del richiedente:

Cognome e nome o Ragione sociale _____
Codice Fiscale _____ P.IVA _____
data di nascita ___/___/___ Comune di nascita _____ (___)

Domicilio o sede legale:

Indirizzo e numero civico: _____
Comune _____ (___) Tel. _____
- Fax. _____ PEC _____

Dati identificativi del rappresentante legale (se persona giuridica):

Cognome e nome _____
Codice Fiscale _____ data di nascita ___/___/___
Comune di nascita _____ (___)

Domicilio: Indirizzo e numero civico: _____
Comune _____ (___) Tel. _____ - Fax. _____

CHIEDE

di essere autorizzato a gestire un Gruppo di raccolta di embrioni delle seguenti specie

- _____
- _____
- _____
- _____

DICHIARA

(Dichiarazione Sostitutiva di Atto di Notorietà ai sensi dell'Art. 47 D.P.R. 445 del 28.12.2000)

- di essere consapevole che in caso di dichiarazione mendace sarà punito ai sensi del Codice Penale secondo quanto prescritto dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000 e che, inoltre, qualora dal controllo effettuato emerga la non veridicità del contenuto di taluna delle dichiarazioni rese, decadrà dai benefici conseguenti al provvedimento eventualmente emanato sulla base della dichiarazione non veritiera (art. 75 D.P.R. 445/2000);
- di conoscere gli obblighi previsti dalla normativa vigente per la gestione ed il funzionamento dei Gruppi di raccolta degli embrioni e si impegna a rispettarli;
- di possedere sufficiente capacità per la gestione di un Gruppo di raccolta degli embrioni;
- che il medico veterinario responsabile della gestione sanitaria del Gruppo è il dott. _____, di cui allega Dichiarazione Sostitutiva di Certificazione (resa ai sensi dell'Art. 46 del D.P.R. 445 del 28.12.2000) attestante l'iscrizione all'Ordine professionale e all'elenco regionale dei veterinari che praticano l'impianto embrionale (con indicazione del codice univoco).

Autorizza l'acquisizione ed il trattamento dei dati contenuti nella presente dichiarazione per l'emanazione del provvedimento amministrativo ed anche ai fini dei controlli previsti dalla vigente normativa in materia, ai sensi del D.Lgs.196/03.

_____, li ___/___/___

FIRMA

Ai fini dell'autenticazione della firma allega fotocopia del documento _____
n° _____ rilasciato da _____ in data ___/___/___.

ALLEGA

1. elenco delle attrezzature utilizzate;
2. descrizione dei locali, riportante la loro precisa ubicazione, completa di pianta planimetrica e riferimenti catastali, di cui si dispone per l'esame, il trattamento ed il confezionamento degli embrioni. Qualora si disponga di un laboratorio mobile, descrizione dello stesso ed indicazione del laboratorio stabile presso il quale si provvede alla sterilizzazione delle attrezzature e presso il quale ci si rifornisce dei liquidi e degli altri prodotti necessari;
3. relazione sull'organizzazione tecnica per la produzione ed eventuale distribuzione degli embrioni;
4. certificazione dell'Azienda Sanitaria Locale competente, dalla quale risulti che sono garantite le necessarie misure di igiene e sanità, ai sensi dell'art. 26, comma 1, lettera e) del D.M. 403/2000;
5. (per le persone giuridiche) copia autentica ai sensi di Legge dello statuto e dell'atto degli organi statutari che autorizzano il richiedente alla presentazione della domanda di autorizzazione.

Alla Giunta Regionale della Campania – Dipartimento della Salute e delle Risorse Naturali – Direzione Generale per le Politiche Agricole, Alimentari e forestali – Unità Operativa Dirigenziale: Tutela della qualità, tracciabilità dei prodotti agricoli e zootecnici, Servizi di sviluppo agricoli – codice 52 06 09 - Centro Direzionale - Isola A/6 - 80143 - Napoli – PEC: dg06.uod09@pec.regione.campania.it

Oggetto: Richiesta autorizzazione a gestire un Centro di produzione di embrioni

Dati identificativi del richiedente:

Cognome e nome o Ragione sociale _____
Codice Fiscale _____ P.IVA _____
data di nascita ___/___/___ Comune di nascita _____ (___)

Domicilio o sede legale:

Indirizzo e numero civico: _____
Comune _____ (___) Tel. _____
- Fax. _____ PEC _____

Dati identificativi del rappresentante legale (se persona giuridica):

Cognome e nome _____
Codice Fiscale _____ data di nascita ___/___/___
Comune di nascita _____ (___)

Domicilio: Indirizzo e numero civico: _____
Comune _____ (___) Tel. _____ - Fax. _____

CHIEDE

di essere autorizzato a gestire un Centro di produzione di embrioni delle seguenti specie

- _____
- _____
- _____
- _____

DICHIARA

(Dichiarazione Sostitutiva di Atto di Notorietà ai sensi dell'Art. 47 D.P.R. 445 del 28.12.2000)

- di essere consapevole che in caso di dichiarazione mendace sarà punito ai sensi del Codice Penale secondo quanto prescritto dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000 e che, inoltre, qualora dal controllo effettuato emerga la non veridicità del contenuto di taluna delle dichiarazioni rese, decadrà dai benefici conseguenti al provvedimento eventualmente emanato sulla base della dichiarazione non veritiera (art. 75 D.P.R. 445/2000);
- di conoscere gli obblighi previsti dalla normativa vigente per la gestione ed il funzionamento dei Centri di produzione degli embrioni e si impegna a rispettarli;
- di possedere sufficiente capacità per la gestione di un Centro di produzione degli embrioni;
- che i laboratori utilizzati non sono situati in zone dichiarate infette dalle competenti autorità sanitarie;
- che il medico veterinario responsabile della gestione tecnico - sanitaria del prelevamento e del trattamento degli oociti, nonché del trattamento e della conservazione degli embrioni prodotti con fecondazione *in vitro* è il dott. _____, di cui allega Dichiarazione Sostitutiva di Certificazione (resa ai sensi dell'Art. 46 del D.P.R. 445 del 28.12.2000) attestante l'iscrizione all'Ordine professionale, riportante anche il numero di iscrizione all'Albo.

Autorizza l'acquisizione ed il trattamento dei dati contenuti nella presente dichiarazione per l'emanazione del provvedimento amministrativo ed anche ai fini dei controlli previsti dalla vigente normativa in materia, ai sensi del D.Lgs.196/03.

_____, li ___/___/___

FIRMA

Ai fini dell'autenticazione della firma allega fotocopia del documento _____
n° _____ rilasciato da _____ in data ___/___/___.

ALLEGA

1. elenco delle attrezzature utilizzate;
2. descrizione dei locali di cui si dispone, riportante la loro precisa ubicazione, completa di pianta planimetrica e riferimenti catastali. Qualora si disponga di un laboratorio mobile, descrizione dello stesso ed indicazione del laboratorio stabile presso il quale si provvede alla sterilizzazione delle attrezzature e presso il quale ci si rifornisce dei liquidi e degli altri prodotti necessari;
3. relazione sull'organizzazione tecnica e commerciale per la produzione ed eventuale distribuzione degli embrioni;
4. relazione relativa alle modalità di certificazione degli embrioni prodotti;
5. certificazione dell'Azienda Sanitaria Locale competente, dalla quale risulti che sono garantite le necessarie misure di igiene e sanità, ai sensi dell'art. 27, comma 1, lettera b) del D.M. 403/2000;
6. (per le persone giuridiche) copia autentica ai sensi di Legge dello statuto e dell'atto degli organi statutari che autorizzano il richiedente alla presentazione della domanda di autorizzazione.

ALLEGATO A – MODELLO 10

Alla Giunta Regionale della Campania – Dipartimento della Salute e delle Risorse Naturali – Direzione Generale per le Politiche Agricole, Alimentari e forestali – Unità Operativa Dirigenziale: Tutela della qualità, tracciabilità dei prodotti agricoli e zootecnici, Servizi di sviluppo agricoli – codice 52 06 09 - Centro Direzionale - Isola A/6 - 80143 - Napoli
PEC: dg06.uod09@pec.regione.campania.it

Oggetto: Richiesta di rinnovo dell'autorizzazione alla gestione di una stazione di

Dati identificativi del richiedente:

Cognome e nome o Ragione sociale _____

Codice Fiscale _____ P.IVA _____

data di nascita ___/___/___ Comune di nascita _____ (___)

Domicilio o sede legale:

Indirizzo e numero civico: _____

Comune _____ (___) Tel. _____

- Fax. _____ PEC _____

Dati identificativi del rappresentante legale (se persona giuridica):

Cognome e nome _____

Codice Fiscale _____ data di nascita ___/___/___

Comune di nascita _____ (___)

Domicilio: Indirizzo e numero civico: _____

Comune _____ (___) Tel. _____ - Fax. _____

CHIEDE

Il rinnovo per il quinquennio 20___/20___ dell'autorizzazione a gestire la stazione di _____ per la specie _____ con codice _____ -
Codice ASL _____

DICHIARA

(Dichiarazione Sostitutiva di Atto di Notorietà ai sensi dell'Art. 47 D.P.R. 445 del 28.12.2000)

- di essere consapevole che in caso di dichiarazione mendace sarà punito ai sensi del Codice Penale secondo quanto prescritto dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000 e che, inoltre, qualora dal controllo effettuato emerga la non veridicità del contenuto di taluna delle dichiarazioni rese, decadrà dai benefici conseguenti al provvedimento eventualmente emanato sulla base della dichiarazione non veritiera (art. 75 del D.P.R. 445/2000);
- di conoscere gli obblighi previsti dalla normativa vigente per la gestione ed il funzionamento delle stazioni di _____ e si impegna a rispettarli;
- che il personale impiegato nella stazione è qualificato per le specifiche mansioni.

Autorizza l'acquisizione ed il trattamento dei dati contenuti nella presente dichiarazione per l'emanazione del provvedimento amministrativo ed anche ai fini dei controlli previsti dalla vigente normativa in materia, ai sensi del D.Lgs.196/03.

_____, li ___/___/___

FIRMA

Ai fini dell'autenticazione della firma allega fotocopia del documento _____ n° _____ rilasciato da _____ in data ___/___/___.

Alla Giunta Regionale della Campania – Dipartimento della Salute e delle Risorse Naturali – Direzione Generale per le Politiche Agricole, Alimentari e forestali – Unità Operativa Dirigenziale: Tutela della qualità, tracciabilità dei prodotti agricoli e zootecnici, Servizi di sviluppo agricoli – codice 52 06 09 - Centro Direzionale - Isola A/6 - 80143 - Napoli
PEC: dg06.uod09@pec.regione.campania.it

Oggetto: Richiesta di voltura dell'autorizzazioneDati identificativi del gestore:

Cognome e nome o Ragione sociale _____
Codice Fiscale _____ P.IVA _____
data di nascita __/__/____ Comune di nascita _____ (____)

Domicilio o sede legale:

Indirizzo e numero civico: _____
Comune _____ (____) Tel. _____
- Fax. _____ PEC _____

Dati identificativi del rappresentante legale (se persona giuridica):

Cognome e nome _____
Codice Fiscale _____ data di nascita __/__/____
Comune di nascita _____ (____)

Domicilio: Indirizzo e numero civico: _____

Comune _____ (____) Tel. _____ - Fax. _____

CHIEDE

La voltura dell'autorizzazione a gestire _____
con codice _____ - codice ASL _____ a favore di:

Dati identificativi del beneficiario della voltura:

Cognome e nome o Ragione sociale _____
Codice Fiscale _____ P.IVA _____
data di nascita __/__/____ Comune di nascita _____ (____)

Domicilio o sede legale:

Indirizzo e numero civico: _____
Comune _____ (____) Tel. _____
- Fax. _____ PEC _____

Dati identificativi del rappresentante legale (se persona giuridica):

Cognome e nome _____
Codice Fiscale _____ data di nascita __/__/____
Comune di nascita _____ (____)

_____, li __/__/____

Firma del gestore

Firma del beneficiario per accettazione

ALLEGATO A – MODELLO 12

Alla Giunta Regionale della Campania – Dipartimento della Salute e delle Risorse Naturali – Direzione Generale per le Politiche Agricole, Alimentari e forestali – Unità Operativa Dirigenziale: Tutela della qualità, tracciabilità dei prodotti agricoli e zootecnici, Servizi di sviluppo agricoli – codice 52 06 09 - Centro Direzionale - Isola A/6 - 80143 - Napoli
PEC: dg06.uod09@pec.regione.campania.it

Oggetto: Comunicazione dell'impiego dell'inseminazione artificiale per la specie suina nell'ambito aziendale

Dati identificativi del titolare dell'azienda:

Cognome e nome o Ragione sociale _____
Codice Fiscale _____ P.IVA _____
data di nascita ___/___/___ Comune di nascita _____ (___)

Domicilio o sede legale:

Indirizzo e numero civico: _____
Comune _____ (___) Tel. _____
- Fax. _____ PEC _____

Dati identificativi del rappresentante legale (se persona giuridica):

Cognome e nome _____
Codice Fiscale _____ data di nascita ___/___/___
Comune di nascita _____ (___)

Domicilio: Indirizzo e numero civico: _____

Comune _____ (___) Tel. _____ - Fax. _____

COMUNICA

L'impiego dell'inseminazione artificiale per la specie suina nell'ambito dell'Azienda con codice ASL _____ ubicata nel Comune di _____ (___) in via / località _____ numero civico _____
Tel. _____ - Fax. _____ a partire dalla data del ___/___/___.

DICHIARA

(Dichiarazione Sostitutiva di Atto di Notorietà ai sensi dell'Art. 47 D.P.R. 445 del 28.12.2000)

- di essere consapevole che in caso di dichiarazione mendace sarà punito ai sensi del Codice Penale secondo quanto prescritto dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000 e che, inoltre, qualora dal controllo effettuato emerga la non veridicità del contenuto di taluna delle dichiarazioni rese, decadrà dai benefici conseguenti al provvedimento eventualmente emanato sulla base della dichiarazione non veritiera (art. 75 D.P.R. 445/2000);
- che presso tale allevamento sono presenti complessivamente n. _____ suini di cui:
 - verri n. _____
 - scrofe n. _____
 - altri suini n. _____ con permanenza media in azienda di mesi _____
- che l'azienda dispone di locali ed attrezzature adeguate per il prelievo, la preparazione e la conservazione del materiale seminale fresco e/o refrigerato;
- che i riproduttori maschi presenti in allevamento risultano idonei per la monta naturale;
- di effettuare il prelievo e la preparazione di materiale seminale proveniente da riproduttori maschi presenti in azienda per l'esclusiva inseminazione delle scrofe dell'azienda medesima;
- che l'azienda dispone fra il proprio personale dei seguenti operatori di inseminazione artificiale iscritti nell'apposito Elenco regionale:
 - nome e cognome _____ codice univoco _____
 - nome e cognome _____ codice univoco _____
 - nome e cognome _____ codice univoco _____
- (per le aziende con numero di scrofe superiore a 200) che l'attività in oggetto è effettuata sotto la responsabilità sanitaria del medico veterinario dott. _____, di cui allega

Dichiarazione Sostitutiva di Certificazione (resa ai sensi dell'Art. 46 del D.P.R. 445 del 28.12.2000) attestante l'iscrizione all'Ordine professionale ed all'Elenco regionale degli operatori di inseminazione artificiale ed impianto embrionale (con indicazione del codice).

Autorizza l'acquisizione ed il trattamento dei dati contenuti nella presente dichiarazione per l'emanazione del provvedimento amministrativo ed anche ai fini dei controlli previsti dalla vigente normativa in materia, ai sensi del D.Lgs.196/03.

_____, li __/__/____

FIRMA

Ai fini dell'autenticazione della firma allega fotocopia del documento _____ n° _____ rilasciato da _____ in data __/__/____.

ALLEGA

1. Certificazione dell'Azienda Sanitaria Locale che attesta il rispetto di tutte le prescrizioni in materia di profilassi e polizia sanitaria (art. 17 comma 2, lettera c) del D.M. 403/00).

Alla giunta Regionale della Campania – Dipartimento della Salute e delle Risorse Naturali – Direzione Generale per le Politiche Agricole, Alimentari e Forestali – Unità Operativa Dirigenziale: Tutela della qualità, tracciabilità dei prodotti agricoli e zootecnici, Servizi di sviluppo agricoli – codice 52 06 09 – Centro Direzionale – Isola A/6 – 80143 – Napoli

PEC:dg06.uod09@pec.regione.campania.it

Oggetto: Richiesta iscrizione elenco regionale operatori di inseminazione artificiale e di impianto embrionale

Dati identificativi del richiedente

Cognome e nome _____ P.IVA _____

Codice Fiscale _____ data di nascita ___/___/_____

Comune di nascita _____ (____)

Domicilio: indirizzo e numero civico: _____

Comune _____ (____) Tel. _____ fax _____

PEC _____

CHIEDE

- di essere iscritto nell'elenco degli operatori di inseminazione artificiale e di impianto embrionale – sezione medici veterinari.
- di essere iscritto nell'elenco degli operatori di inseminazione artificiale – sezione operatori laici per la specie _____

DICHIARA

(dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà ai sensi dell'art. 47 del DPR 445 del 28/12/2000)

- di essere consapevole che in caso di dichiarazione mendace sarà punito ai sensi del Codice Penale secondo quanto descritto dall'art. 76 del DPR 445/2000 e che, inoltre, qualora dal controllo effettuato emerga la non veridicità del contenuto di taluna delle dichiarazioni rese, decadrà dai benefici conseguenti al provvedimento eventualmente emanato sulla base della dichiarazione non veritiera (art. 75 DPR 445/2000);
- l'attività di inseminazione artificiale sarà svolta nel seguente ambito territoriale _____ -per gli operatori pratici indicare anche la provincia ove tale attività sarà svolta con prevalenza _____

di essere dipendente dell'Ente pubblico _____

di non essere dipendente di Ente pubblico _____

solo per gli operatori pratici

- di aver sottoscritto convenzione con i seguenti recapiti e/o centri di produzione dello sperma:
- codice recapito o centro di produzione _____
- codice recapito o centro di produzione _____

codice recapito o centro di produzione _____

codice recapito o centro di produzione _____

di svolgere l'attività esclusivamente nel proprio allevamento di (indicare le specie allevate) _____

ubicato nel comune di _____ () indirizzo e

numero civico _____

codice ASL _____

di svolgere l'attività nel proprio allevamento

_____ li / / _____

FIRMA

Autorizza l'acquisizione ed il trattamento dei dati contenuti nella presente dichiarazione per l'emanazione del provvedimento amministrativo ed anche ai fini dei controlli previsti dalla vigente normativa in materia, ai sensi del D.Lgs.196/03.

Ai fini dell'autenticazione della firma allega fotocopia del documento _____ n° _____ rilasciato da _____ in data __/__/_____.

ALLEGA

- Se dipendente di Ente pubblico: Autorizzazione dell'Ente pubblico di appartenenza a

svolgere l'attività di operatore di inseminazione artificiale e di impianto embrionale

Medici veterinari:

- Dichiarazione Sostitutiva di Certificazione (resa ai sensi dell'Art. 46 del D.P.R. 445 del 28.12.2000) attestante l'iscrizione all'Ordine professionale (con indicazione del numero di iscrizione all'Albo).

Operatori pratici:

- In originale, in visione, o copia autenticata ai sensi di Legge dell'attestato di idoneità alla pratica dell'inseminazione artificiale, rilasciato ai sensi dell'art. 2 della Legge n. 74 del 12 marzo 1974, specificando l'Ente e la data di rilascio ovvero Dichiarazione Sostitutiva di Certificazione (resa ai sensi dell'Art. 46 del D.P.R. 445 del 28.12.2000) attestante il conseguimento di idoneità alla pratica dell'inseminazione artificiale;

- In originale, in visione, o copia autenticata ai sensi di Legge, della convenzione sottoscritta con un Recapito o Centro, relativamente alla fornitura del materiale seminale fresco o refrigerato.

Unità Operativa Dirigenziale Servizio Territoriale della Provincia
di _____

VERBALE DI ACCERTAMENTO

Il/i sottoscritto/i _____ incaricato/i dal Dirigente della UOD _____ a procedere agli accertamenti conseguenti alla istanza formulata dal sig. _____ per:

- il rilascio dell'autorizzazione a gestire _____ ai sensi dell'art. _____ del D.M. n. 403 del 19/07/2000);
- il rilascio dell'autorizzazione al prelevamento di materiale seminale fresco equino e relativa utilizzazione (art. 2 comma 5 del D.M. n. 403 del 19/07/2000);
- il rinnovo dell'autorizzazione già concessa con provvedimento n _____ del ___/___/___ - codice stazione _____;

VISTA la Legge 15/01/91 n. 30;

VISTO il D.M. 13/01/94 n. 172;

VISTA la legge 03/08/99 n. 280;

VISTO il D.M. 19/07/00 n. 403;

VISTA la circolare del Ministero delle Risorse Agricole, Alimentari e Forestali n. 22 del 21/12/94; Effettuato il sopralluogo presso le strutture ubicate in località _____ nel Comune di _____ (____) in data ___/___/___ alle ore _____

ESPRIME / ESPRIMONO

Parere FAVOREVOLE / SFAVOREVOLE

- al rilascio dell'autorizzazione a gestire _____ ai sensi dell'art. _____ del D.M. n. 403 del 19/07/2000);
- al rilascio dell'autorizzazione al prelevamento di materiale seminale fresco equino e relativa utilizzazione (art. 2 comma 5 del D.M. n. 403 del 19/07/2000);
- al rinnovo dell'autorizzazione già concessa con provvedimento n _____ del ___/___/___ - codice stazione _____;

in quanto le predette strutture e/o attrezzature soddisfano/non soddisfano i requisiti previsti dall'articolo _____ / dagli articoli _____ del D.M. n. 403 del 19/07/2000

DATA _____

I Funzionari

Si allega relazione descrittiva relativa alle strutture ed attrezzature oggetto di verifica

Alla Giunta Regionale della Campania – Dipartimento della Salute e delle Risorse Naturali – Direzione Generale per le Politiche Agricole, Alimentari e forestali – Unità Operativa Dirigenziale: Tutela della qualità, tracciabilità dei prodotti agricoli e zootecnici, Servizi di sviluppo agricoli – codice 52 06 09 - Centro Direzionale - Isola A/6 - 80143 - Napoli
 PEC: dg06.uod09@pec.regione.campania.it

Oggetto: Comunicazione variazione riproduttori maschi

Dati identificativi del gestore:

Cognome e nome o Ragione sociale _____
 Codice Fiscale _____ P.IVA _____
 data di nascita ___/___/___ Comune di nascita _____ (___)

Domicilio o sede legale:

Indirizzo e numero civico: _____
 Comune _____ (___) Tel. _____
 - Fax. _____ PEC _____

Dati identificativi del rappresentante legale (se persona giuridica):

Cognome e nome _____
 Codice Fiscale _____ data di nascita ___/___/___
 Comune di nascita _____ (___)

Domicilio: Indirizzo e numero civico: _____

Comune _____ (___) Tel. _____ - Fax. _____

Titolare della stazione di monta pubblica _____ con codice _____ -
 Codice ASL _____ Ubicata nel Comune di _____ (___)
 Via / località _____ n. civico _____

COMUNICA

Che presso la stazione come sopra individuata funzioneranno i seguenti riproduttori:

Razza	Marca auricolare / trasponder	Tariffa

DICHIARA

(Dichiarazione Sostitutiva di Atto di Notorietà ai sensi dell'Art. 47 D.P.R. 445 del 28.12.2000)

- di essere consapevole che in caso di dichiarazione mendace sarà punito ai sensi del Codice Penale secondo quanto prescritto dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000 e che, inoltre, qualora dal controllo effettuato emerga la non veridicità del contenuto di taluna delle dichiarazioni rese, decadrà dai benefici conseguenti al provvedimento eventualmente emanato sulla base della dichiarazione non veritiera (art. 75 D.P.R. 445/2000);
- che i predetti riproduttori sono iscritti alla sezione riproduttori maschi dei rispettivi libri genealogici / registri anagrafici.

Autorizza l'acquisizione ed il trattamento dei dati contenuti nella presente dichiarazione per l'emanazione del provvedimento amministrativo ed anche ai fini dei controlli previsti dalla vigente normativa in materia, ai sensi del D.Lgs.196/03.

_____, li ___/___/___

FIRMA

Ai fini dell'autenticazione della firma allega fotocopia del documento _____ n° _____ rilasciato da _____ in data ___/___/___.