



## Modello 1 – RICHIESTA SERVIZI STAZIONE DI F.A CON PENSIONAMENTO

Al Centro Regionale di Incremento Ippico  
Via Caserta, 45  
Santa Maria Capua Vetere (CE)  
Tel. 0823-841200  
e-mail: incrementoippico@regione.campania.it

Il sottoscritto \_\_\_\_\_, nato a \_\_\_\_\_  
il \_\_\_\_\_, residente in \_\_\_\_\_  
Via \_\_\_\_\_, N° \_\_\_\_\_, telefono \_\_\_\_\_  
CF \_\_\_\_\_, codice stalla \_\_\_\_\_,  
proprietario della seguente fattrice:

NOME	Numero microchip	RAZZA

Iscritta al Libro Genealogico \_\_\_\_\_

Indica la seguente preferenza per i seguenti stalloni per la monta naturale (MN):

NOME STALLONE	RAZZA

Si allega:

1. fotocopia del documento di identità del proprietario e C.F.;
2. Passaporto della fattrice;
3. certificazione relativa all'avvenuta vaccinazione per influenza e tetano, anemia equina:
  - Test di Coggins rilasciato dall'ASL \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_
  - Vaccinazione antinfluenzale praticata in data \_\_\_\_\_
4. indicazione nome veterinario se diverso da quello messo a disposizione dal Centro

Il codice stalla del Centro è 083CE026.

Il pagamento degli oneri relativi al servizio di fecondazione e al pensionamento delle fattrici sarà versato attraverso la piattaforma PAGO PA indicando il codice tariffa 1142 e consegnato prima del ritiro della fattrice.

Data

Firma



## Modello 2 – DICHIARAZIONE DI SCARICO DI RESPONSABILITA' E DOCUMENTAZIONE PER L'INGRESSO DELLA FATTRICE

Il sottoscritto \_\_\_\_\_, nato a \_\_\_\_\_  
il \_\_\_\_\_, residente in \_\_\_\_\_  
Via \_\_\_\_\_, N° \_\_\_\_\_, telefono \_\_\_\_\_  
Cod. Fisc. proprietario \_\_\_\_\_, codice  
stalla \_\_\_\_\_, proprietario della seguente fattrice:

NOME	Numero microchip	RAZZA

Dichiara

di rinunciare a qualsiasi forma di risarcimento e di scaricare il Centro stesso e l'Amministrazione Regionale della Campania da qualsiasi incidente o danno che dovesse subire la fattrice sopradescritta durante l'esplorazione, sia durante le operazioni di copertura, sia durante le visite e le operazioni veterinarie, nonché per eventuali malattie contratte dalla fattrice o dal suo redo.

Si impegna al versamento del tasso di monta e del costo relativo al pensionamento prima del ritiro della fattrice.

Allega alla presente:

- Copia documento di riconoscimento \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_  
rilasciato da \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_
- Delega del proprietario se l'accompagnatore è persona diversa dal proprietario con allegato documento di riconoscimento del proprietario
- Modello IV debitamente compilato

S.Maria Capua Vetere

Il Dichiarante

Accertata la veridicità della dichiarazione e visti i documenti allegati, si autorizza l'ingresso della fattrice nel Centro Regionale di Incremento Ippico di S.Maria Capua Vetere (CE).

*Il Centro regionale di Incremento Ippico informa il sottoscrittore del presente modulo, che i dati indicati dallo stesso saranno trattati ed utilizzati dagli uffici dell'Ente per l'espletamento delle proprie attività istituzionali, nonché forniti ai soggetti, che espletano tali attività per conto dell'Ente, 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.*



## SCHEDA D'INGRESSO FATTRICE

NOME	Numero microchip	RAZZA

DATA D'INGRESSO: \_\_\_\_\_

PESO: \_\_\_\_\_

CONTROLLO VISIVO VETERINARIO STATO DI SALUTE DELL'EQUIDE:

---

---

---

DATA DI USCITA : \_\_\_\_\_

PESO : \_\_\_\_\_