



SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE - REGIONE SICILIANA

Azienda Sanitaria Provinciale di Agrigento

Sede legale : Viale della Vittoria n.321 92100 Agrigento

Partita IVA - Codice Fiscale : 02570930848

Dipartimento di Prevenzione Veterinario- Servizio di Sanità Animale

Distretto di _____

Verbale di sopralluogo

Oggi _____, alle ore ____, il/i sottoscritto/i Dr. _____, in qualità di veterinario dirigente - ambulatoriale dell'A.S.P. di AG si è/sono recato/i nell'azienda _____ sita in C/da _____ agro di _____ identificata con il Cod.Az. IT ____ AG ____ di cui è legalmente responsabile il Sig. _____. Dopo aver declinato le proprie generalità, qualifica e motivi della visita al Sig. _____ nato a _____ il _____ presente in veste di _____ che dichiara che l'allevamento è :

Iscritto a libro genealogico Elevato merito genetico Commerciale hanno proceduto ad effettuare:

attività profilassi di stato per: TBC LEB Brucellosi

servizio di vigilanza;

Check - list anagrafe;

piano selezione genetica scrapie con effettuazione della verifica della rispondenza del sistema di identificazione rispetto a quanto previsto dal Piano e di *un'accurata visita clinica per escludere o accertare sintomatologia neurologica riferibile alle TSE su tutti gli animali della specie ovi-caprina di età superiore a 12 mesi presenti in allevamento che in atto non presentano/ presentano sintomi clinici riferibili alle TSE*

- Il responsabile/detentore o l'interlocutore presente il azienda **accetta di collaborare** con il/i veterinario/i per espletare l'oggetto della visita? **si** **no per** _____

- La consistenza aziendale coincide quanto presente in BDN? **si** **no**

- Sono stati riscontrati animali non identificati? **no** **si perché**

n. ____ non hanno la marca auricolare

n. ____ non hanno il bolo endoruminale

n. ____ non hanno marca e bolo

altro _____

- Sono stati imbolati n. ____ bovini / ovini / caprini **presenza di animali non identificati**

in ossequio al piano di selezione genetica

in ossequio al D.A. 06.11.13

in quanto l'azienda è risultata infetta di _____

- Tutti gli animali risultati positivi ai suddetti piani sono presenti in allevamento? **si** **no per** _____

- Sono ancora correttamente identificati? **si** **no per** _____

- Sono presenti altre specie di animali recettivi alla malattia? **no** **si** : _____

Inoltre è stato accertato quanto segue: _____

Disposizioni Sanitarie assegnate al titolare della suddetta azienda:

è vietato allontanare per qualsiasi motivo gli animali sottoposti alle prove diagnostiche, prima dell'avvenuta diagnosi, salvo l'autorizzazione del servizio veterinario ASP per eventuale macellazione;

altro : _____

Si ribadisce che è obbligo comunicare eventuali animali morti al servizio veterinario distrettuale per i dovuti controlli di polizia veterinaria.

Completato il controllo ufficiale alle ore _____ viene chiuso il presente verbale redatto in duplice copia, di cui una sarà conservata agli atti d'ufficio del Servizio Veterinario di questo Distretto ed una copia viene consegnata all'interessato Sig. _____, che ha/ non ha accettato di controfirmarlo precisando di

non avere nulla da dichiarare

di dichiarare quanto segue nel retro del verbale

L'interlocutore nelle vesti di _____

Il/I Veterinario/i Ufficiale/i