REGIONE CAMPANIA - FORM AAA

Oggetto: Autocertificazione Il sottoscritto (nome) (cognome) nato a (nazione) ______ (provincia) _____ _____ il _____ (comune) e residente in (nazione) _____ (provincia) _____ alla via ______ n. _____ n. CAP _____ C.F. ____ domicilio digitale _____ **AUTOCERTIFICA** di essere laureato in medicina veterinaria di essere iscritto all'Ordine dei Medici Veterinari della Provincia di _____ di essere stato designato come direttore sanitario veterinario del centro specializzato in IAA animali residenti nel Comune di con sito alla via ______ n _____ n CAP condotto da Il sottoscritto dichiara: - di essere consapevole che le dichiarazioni false, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi comportano l'applicazione delle sanzioni penali previste dagli art. 75 e 76 del D.P.R. 445/2000 - di essere informato ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 del Dlgs 196/03 che i dati personali raccolti, anche con strumenti informatici, saranno trattati esclusivamente nell'ambito del sistema dei controlli ufficiali effettuati dall'Autorità Competente e dagli altri Enti preposti.

_____, lì _____

REGIONE CAMPANIA - FORM B

Oggetto: Autocertificazione Il sottoscritto (nome) (cognome) nato a (nazione) ______ (provincia) _____ _____ il _____ (comune) e residente in (nazione) _____ (provincia) _____ domicilio digitale _____ **AUTOCERTIFICA** • di essere laureato in medicina veterinaria • di essere iscritto all'Ordine dei Medici Veterinari della Provincia di di assumere la responsabilità della scorta di farmaci veterinari detenuti presso: ☐ allevamento di animali destinati alla produzione di alimenti (DPA) ☐ concentramento di animali non destinati alla produzione di alimenti (NON DPA) sito nel Comune di alla via ______ n _____ n CAP _____ condotto da _____ Il sottoscritto dichiara: - di essere consapevole che le dichiarazioni false, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi comportano l'applicazione delle sanzioni penali previste dagli art. 75 e 76 del D.P.R. 445/2000 - di essere informato ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 del Dlgs 196/03 che i dati personali raccolti, anche con strumenti informatici, saranno trattati esclusivamente nell'ambito del sistema dei controlli ufficiali effettuati dall'Autorità Competente e dagli altri Enti preposti.

_____, lì _____

REGIONE CAMPANIA – FORM BBB

Il sotto	oscritto (nome)		
(cogno	ome)		
nato a (nazione) (provincia)			
(comu	ne)	i (provincia)	1
e resid	ente in (nazione)	(provincia)	
			
alla vi	a		n
CAP _	C.F		
domici	ilio digitale		
		AUTOCERTIFICA	
•	di essere laureato in		
•	di essere iscritto all'Ordine dei	della Provincia di	
•		direttore sanitario del centro che eroga TAA	
•	<u>-</u>	_	
		n	
	condotto da _		
Il sotto	comportano l'applicazione del 445/2000 di essere informato ai sensi e personali raccolti, anche con	dichiarazioni false, la falsità negli atti e l' le sanzioni penali previste dagli art. 75 e per gli effetti di cui all'art. 13 del Dlgs 19 n strumenti informatici, saranno trattati trolli ufficiali effettuati dall'Autorità Compet	e 76 del D.P.R. 96/03 che i dati esclusivamente
	, lì	FIRMA	

REGIONE CAMPANIA –FORM C

Il sottoscritto (no	ome)	
nato a (nazione)		(provincia)
(comune)		il il
e residente in (na	azione)	(provincia)
alla via		n.
CAP	C.F	
domicilio digitale		
	AU	JTOCERTIFICA
1	1	namelle di merlia) delle stellineman elemente de medere ATD el
• al Comu	re la responsabilità dei coi	ntrollo di qualità dello stabilimento che produce AIP si
nei Comu	ne di	
ana via _	CAD	aandatta da
II	CAF	_ condotto da
	_	li laurea in
_		ogia medicina scienze e tecnologia alimentari
 di essere i 	scritto all'Ordine dei	della provincia
	con nume	ero
Il sottoscritto dich	niara:	
- di essere	consapevole che le dichi	iarazioni false, la falsità negli atti e l'uso di atti fal
	no l'applicazione delle sa	anzioni penali previste dagli art. 75 e 76 del D.P.I
445/2000		1. 66 4. 1 12 4 12 11 12 10 (102 1 1
		gli effetti di cui all'art. 13 del Dlgs 196/03 che i da
		rumenti informatici, saranno trattati esclusivamen
		i ufficiali effettuati dall'Autorità Competente e dagli al
Enti prepo	Su.	
	, lì	FIRMA

REGIONE CAMPANIA - FORM BBB

Oggetto: Autocertificazione Il sottoscritto (nome) (cognome) nato a (nazione) ______ (provincia) _____ _____ il _____ (comune) e residente in (nazione) _____ (provincia) _____ (comune) _____alla via ______ n. _____ CAP _____ C.F. _____ domicilio digitale _____ AUTOCERTIFICA • di essere laureato in _____ • di essere iscritto all'Ordine dei di assumere la responsabilità della corretta applicazione delle radiazioni ionizzanti su alimenti presso lo stabilimento sito nel Comune di ______ alla via ______ n _____ CAP ____condotto da ____ Il sottoscritto dichiara: - di essere consapevole che le dichiarazioni false, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi comportano l'applicazione delle sanzioni penali previste dagli art. 75 e 76 del D.P.R. - di essere informato ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 del Dlgs 196/03 che i dati personali raccolti, anche con strumenti informatici, saranno trattati esclusivamente nell'ambito del sistema dei controlli ufficiali effettuati dall'Autorità Competente e dagli altri Enti preposti.

_____, lì _____

REGIONE CAMPANIA – FORM DDD

Oggetto: Autocertificazione Il sottoscritto (nome) (cognome) nato a (nazione) ______ (provincia) _____ _____ il _____ (comune) e residente in (nazione) _____ (provincia) _____ (comune) _____alla via ______ n. _____ CAP _____ C.F. _____ domicilio digitale _____ AUTOCERTIFICA • di essere laureato in _____ • di essere iscritto all'Ordine dei di assumere la responsabilità della corretta applicazione delle radiazioni ionizzanti su alimenti presso lo stabilimento sito nel Comune di ______ alla via ______ n _____ CAP ____condotto da ____ Il sottoscritto dichiara: - di essere consapevole che le dichiarazioni false, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi comportano l'applicazione delle sanzioni penali previste dagli art. 75 e 76 del D.P.R. - di essere informato ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 del Dlgs 196/03 che i dati personali raccolti, anche con strumenti informatici, saranno trattati esclusivamente nell'ambito del sistema dei controlli ufficiali effettuati dall'Autorità Competente e dagli altri Enti preposti.

_____, lì _____

REGIONE CAMPANIA –FORM EE

Il sotte	oscritto (nome)		
	ome)		
nato a	(nazione)	(provincia)	
(comu	ne)	il .	
e resid	ente in (nazione)	(provincia)	
(comu	ne)		
alla vi	a		n
CAP _	C.F		
domic	ilio digitale		
	AUTOCER	TIFICA	
•	di assumere la responsabilità sanitaria del farmaci veterinari con vendita al det Comune di	taglio 🗆 senza vendita al de	
	11		n
	CAP	1	da
•	di essere in possesso del diploma di laurea tecnologia farmaceutiche	striale del	
•	che non ha riportato condanne penali per tru che nel caso abbia la responsabilità di p l'attività svolta in ciascun magazzino ha giornaliere.	ffa o per commercio di medicinali iù magazzini appartenenti allo s	stesso titolare,
	di essere consapevole che le dichiarazioni comportano l'applicazione delle sanzioni 445/2000 di essere informato ai sensi e per gli effet personali raccolti, anche con strumenti nell'ambito del sistema dei controlli ufficial Enti preposti.	penali previste dagli art. 75 e di ti di cui all'art. 13 del Dlgs 196 informatici, saranno trattati e	76 del D.P.R. 5/03 che i dati esclusivamente
	, lì	FIRMA	

REGIONE CAMPANIA -FORM FF

AUTOCERTIFICA

•	di essere laureato in			
•	di assumere la respon	sabilità dell'attuazione del piano di sorveglianza ex	D.L.vo	148/08
	dello stabilimento di			
	sito nel Comune di _			
	alla via		_ n	
	CAP	condotto da		

Il sottoscritto dichiara:

- di essere consapevole che le dichiarazioni false, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi comportano l'applicazione delle sanzioni penali previste dagli art. 75 e 76 del D.P.R. 445/2000
- di essere informato ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 del Dlgs 196/03 che i dati personali raccolti, anche con strumenti informatici, saranno trattati esclusivamente nell'ambito del sistema dei controlli ufficiali effettuati dall'Autorità Competente e dagli altri Enti preposti.

, lì	FIRMA

REGIONE CAMPANIA – FORM FFF

Oggetto: Autocertificazione Il sottoscritto (nome) (cognome) nato a (nazione) ______ (provincia) _____ _____ il ____ (comune) e residente in (nazione) _____ (provincia) _____ (comune) n. alla via CAP C.F. domicilio digitale _____ **AUTOCERTIFICA** di essere laureato in medicina veterinaria di essere iscritto all'Ordine dei Medici Veterinari della Provincia di di assumere la responsabilità di veterinario di : centro materiale germinale CENTRO RACCOLTA SPERMA All.1,parte 1,punto1 REG UE 2020/686 STABILIMENTO DI TRASFORMAZIONE All.1,parte 4, punto1 REG UE 2020/686 MATERIALE GERMINALE CENTRO STOCCAGGIO MATERIALE All.1,parte 15 punto1 REG UE 2020/686 **GERMINALE** ☐ del gruppo raccolta/produzione embrioni GRUPPO RACCOLTA EMBRIONI All.1,parte 2,punto1 REG UE 2020/686 GRUPPO PRODUZIONE EMBRIONI All.1,parte 3, punto1 REG UE 2020/686 sito nel Comune di alla via _____ condotto da _____ _____ n _____ n Il sottoscritto dichiara: - di essere consapevole che le dichiarazioni false, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi comportano l'applicazione delle sanzioni penali previste dagli art. 75 e 76 del D.P.R. 445/2000 di essere informato ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 del Dlgs 196/03 che i dati personali raccolti, anche con strumenti informatici, saranno trattati esclusivamente nell'ambito del sistema dei controlli ufficiali effettuati dall'Autorità Competente e dagli altri Enti preposti. _____, lì _____ **FIRMA**

REGIONE CAMPANIA –FORMHH

Il sottoscritto (nome)				
(cognome)nato a (nazione)		(provi	ncia)	
(comune)		(provi	il	
(comune) e residente in (nazione)		(pro	vincia)	
(comune)				
alla via				n.
CAP C.F	•			
domicilio digitale				
	AUTO	CERTIFICA		
veterinarieffettuata i nel Comune di	nel magazzino adibi		ngrosso di farmaci	veterinari,sito
CAP			condotto	da
 di essere in possess tecnologia farmaceu di essere iscritto all' 	tiche	industriale	del	
	aviene effettuata nei	i seguenti giorni e or e dalle	ari: alle	-
		e dalle		
☐ sabato dalle	alle	e dalle	alle	_
 di a □ enon avere □ 	•	•		•
altri magazzini gli o			=	-
		e dalle		=
magazzino sito in				
☐ martedì dalle _	alle	e dalle	alle	presso il
magazzino sito in _				
mercoledì dall	e alle	e dalle	alle	presso il
magazzino sito in _				
☐ giovedì dalle	alle	e dalle	alle	presso il
magazzino sito in		alla via		
□ venerdì dalle _	alle	e dalle	alle	presso il
		alla via		

	□ sabato dalle	alle	e dalle	alle	presso il
	magazzino sito in		alla via		
•	di essere a conoscenza essere svolta in ciascur di essere a conoscenza magazzino autorizzato	magazzino solo a che l'incarico di f	alla sua presenza. armacista responsabi	le della vendita	diretta presso il
-	di essere consapevole comportano l'applicaz 445/2000 di essere informato ai personali raccolti, an nell'ambito del sistema Enti preposti.	sensi e per gli e	oni penali previste o effetti di cui all'art. enti informatici, sa	dagli art. 75 e 13 del Dlgs 19 ranno trattati	76 del D.P.R. 6/03 che i dati esclusivamente
		, lì		FIRMA	

REGIONE CAMPANIA -FORM MM

Enti preposti.

_____, lì _____

Oggetto: Autocertificazione Il sottoscritto (nome) (cognome) nato a (nazione) ______ (provincia) _____ _____ il _____ (comune) e residente in (nazione) _____ (provincia) _____ domicilio digitale _____ **AUTOCERTIFICA** • di essere laureato in medicina veterinaria di assumere la responsabilità sanitaria della: ☐ stazione di inseminazione artificiale equina ☐ centro produzione materiale seminale centro di produzione embrioni ☐ gruppo di raccolta embrioni sito nel Comune di alla via ______ n _____ n CAP condotto da Il sottoscritto dichiara: - di essere consapevole che le dichiarazioni false, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi comportano l'applicazione delle sanzioni penali previste dagli art. 75 e 76 del D.P.R. 445/2000 - di essere informato ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 del Dlgs 196/03 che i dati personali raccolti, anche con strumenti informatici, saranno trattati esclusivamente nell'ambito del sistema dei controlli ufficiali effettuati dall'Autorità Competente e dagli altri

REGIONE CAMPANIA – FORM N

Il sottoscritto (nome)			
(cognome)			
nato a (nazione)		(provincia)	
(comune)			il
(comune) e residente in (nazione)		(provincia)	
(comune)			
alla via			n
alla via C.F.			
domicilio digitale			
	AUTOC	ERTIFICA	
di essere laureato in mdi essere iscritto all'O		eterinari della Provincia di _	
 di assumere la respons 			
□ ambulatorio vete			
clinica veterinari		rinaria	
ospedale veterina			
•			
alla via			n
CAP	_ condotto da		
Il sottoscritto dichiara:			
	e che le dichiarazio	oni false, la falsità negli a	tti e l'uso di atti falsi
		ni penali previste dagli art	
- di essere informato a	i sensi e per gli ef	fetti di cui all'art. 13 del 1	Dlgs 196/03 che i dati
personali raccolti, a	anche con strumer	nti informatici, saranno t iali effettuati dall'Autorità (trattati esclusivamente
	, lì	गान	RMA

REGIONE CAMPANIA –FORM NN

Oggetto: macellazione con rito religioso

Il sottoscritto (nome)	
(cognome)	
nato a (nazione)	(provincia)
(comune)	il
e residente in (nazione)	(provincia)
(comune)	alla
via	n
CAP C.I	•
domicilio digitale	
	AUTOCERTIFICA
	religiosa islamica braica competente per il territorio dove insiste il
macello sito nel C	omune di
alla via	
n CAP _	condotto da
a aoma tala ha la aomnat	nzo od alangora la parsona aba passona partaginara alla magallaziona
-	nza ad elencare le persone che possono partecipare alla macellazione art. 4 punto 4 del Reg CE 1099/2009:
1 /	
, ,	
	(provincia)
	ne) (provincia)
alla via	
2. (nome)	
\ \ \ \ /	
	(provincia)
	ile
	ne) (provincia)
(comune)	
alla via	n
CAP	C.F
=	
	(provincia)
	ile
	ne) (provincia)
(comune)	
alla via	n.

	CAP	_ C.F		
	domicilio digitale			
4.	(nome)			
	nato a (nazione)		(provincia)	
)		
	(comune)			
		_ C.F		
5.				
	=			
)		
	(comune)	,		
		_ C.F		
6.	(nome)			
	(comune)		il	e
	residente in (nazione)	(provincia)	
	(comune)			
	CAP	_ C.F		
	domicilio digitale			
Il sotto	comportano l'applica 445/2000 di essere informato ai s raccolti, anche con s'	e che le dichiarazioni false, la fizione delle sanzioni penali previsensi e per gli effetti di cui all'art. I trumenti informatici, saranno tra fficiali effettuati dall'Autorità Con	viste dagli art. 75 e 76 d 13 del Dlgs 196/03 che i dati uttati esclusivamente nell'a	lel D.P.R. i personali mbito del
		, lì	FIRMA	

REGIONE CAMPANIA – FORM QQ

Oggetto: Autocertificazione Il sottoscritto (nome) (cognome) nato a (nazione) ______ (provincia) _____ _____ il _____ (comune) e residente in (nazione) _____ (provincia) _____ alla via ______ n. _____ n. CAP _____ C.F. ____ domicilio digitale _____ **AUTOCERTIFICA** • di essere laureato in medicina veterinaria di assumere la responsabilità sanitaria del canile/pensione per animali da compagnia sito nel Comune di alla via ______ n _____ n CAP _____ condotto da ____ Il sottoscritto dichiara: - di essere consapevole che le dichiarazioni false, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi comportano l'applicazione delle sanzioni penali previste dagli art. 75 e 76 del D.P.R. - di essere informato ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 del Dlgs 196/03 che i dati personali raccolti, anche con strumenti informatici, saranno trattati esclusivamente nell'ambito del sistema dei controlli ufficiali effettuati dall'Autorità Competente e dagli altri Enti preposti.

_____, lì _____

REGIONE CAMPANIA – FORM ZZ

Oggetto: Autocertificazione Il sottoscritto (nome) (cognome) nato a (nazione) ______ (provincia) _____ _____ il _____ (comune) e residente in (nazione) _____ (provincia) _____ alla via ______ n. _____ n. CAP C.F. domicilio digitale _____ **AUTOCERTIFICA** di essere laureato in medicina veterinaria di essere iscritto all'Ordine dei Medici Veterinari della Provincia di di essere stato designato come medico veterinario esperto in medicina degli animali da laboratorio, che prescrive le modalita' per il benessere e il trattamento terapeutico degli animali allevati presso l'allevamento/fornitura sito nel Comune di alla via n CAP _____ condotto da _____ Il sottoscritto dichiara: - di essere consapevole che le dichiarazioni false, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi comportano l'applicazione delle sanzioni penali previste dagli art. 75 e 76 del D.P.R. 445/2000 - di essere informato ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 del Dlgs 196/03 che i dati personali raccolti, anche con strumenti informatici, saranno trattati esclusivamente nell'ambito del sistema dei controlli ufficiali effettuati dall'Autorità Competente e dagli altri Enti preposti. , lì **FIRMA**