

Decreto n. 12

Allegati

**Regione Autonoma della Sardegna**

**Allegato N. 1: ZONA AD ALTO RISCHIO**

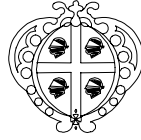
La zona ad alto rischio è costituita dalla maggior parte della provincia di Nuoro e da una parte della provincia di Sassari.

Comprende l'intero territorio dei seguenti comuni:

**PROVINCIA DI NUORO**

| PROVINCIA DI NUORO |
|--------------------|
| ARITZO             |
| ARZANA             |
| ATZARA             |
| AUSTIS             |
| BARI SARDO         |
| BAUNEI             |
| BELVI              |
| BITTI              |
| BOLOTANA           |
| CARDEDU            |
| DESULO             |
| DORGALI            |
| ELINI              |
| FONNI              |
| GADONI             |
| GAIRO              |
| GALTELLI           |
| GAVOI              |
| GIRASOLE           |
| ILBONO             |
| IRGOLI             |
| JERZU              |
| LANUSEI            |
| LEI                |
| LOCERI             |
| LOCULI             |
| LODE'              |
| LODINE             |
| LOTZORAI           |
| LULA               |
| MAMOIADA           |
| MEANA SARDO        |
| NUORO              |

|                       |
|-----------------------|
| OLIENA                |
| OLLOLAI               |
| OLZAI                 |
| ONANI                 |
| ONIFAI                |
| ONIFERI               |
| ORANI                 |
| ORGOSOLO              |
| OROSEI                |
| OROTELLI              |
| ORUNE                 |
| OSIDDA                |
| OSINI                 |
| OTTANA                |
| OVODDA                |
| POSADA                |
| SARULE                |
| SEUI                  |
| SEULO                 |
| SINISCOLA             |
| SORGONO               |
| TALANA                |
| TERTENIA              |
| TETI                  |
| TIANA                 |
| TONARA                |
| TORPE'                |
| TORTOLI'              |
| TRIEI                 |
| ULASSAI               |
| URZULEI               |
| USSASSAI              |
| VILLAGRANDE STRISAILI |

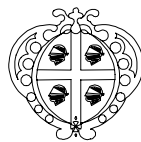


Decreto n. 12  
Allegati

**Regione Autonoma della Sardegna**

**PROVINCIA DI SASSARI:**

|                        |
|------------------------|
| ALA' DEI SARDI         |
| ANELA                  |
| BANARI                 |
| BENETUTTI              |
| BESSEDE                |
| BONNANARO              |
| BONO                   |
| BONORVA                |
| BORUTTA                |
| BOTTIDDA               |
| BUDDUSO'               |
| BULTEI                 |
| BURGOS                 |
| CHEREMULE              |
| COSSOINE               |
| ESPORLATU              |
| GIAVE                  |
| ILLORAI                |
| ITTIREDDU              |
| MORES                  |
| NUGHEDU DI SAN NICOLO' |
| NULE                   |
| PATTADA                |
| SILIGO                 |
| THIESI                 |
| TORRALBA               |

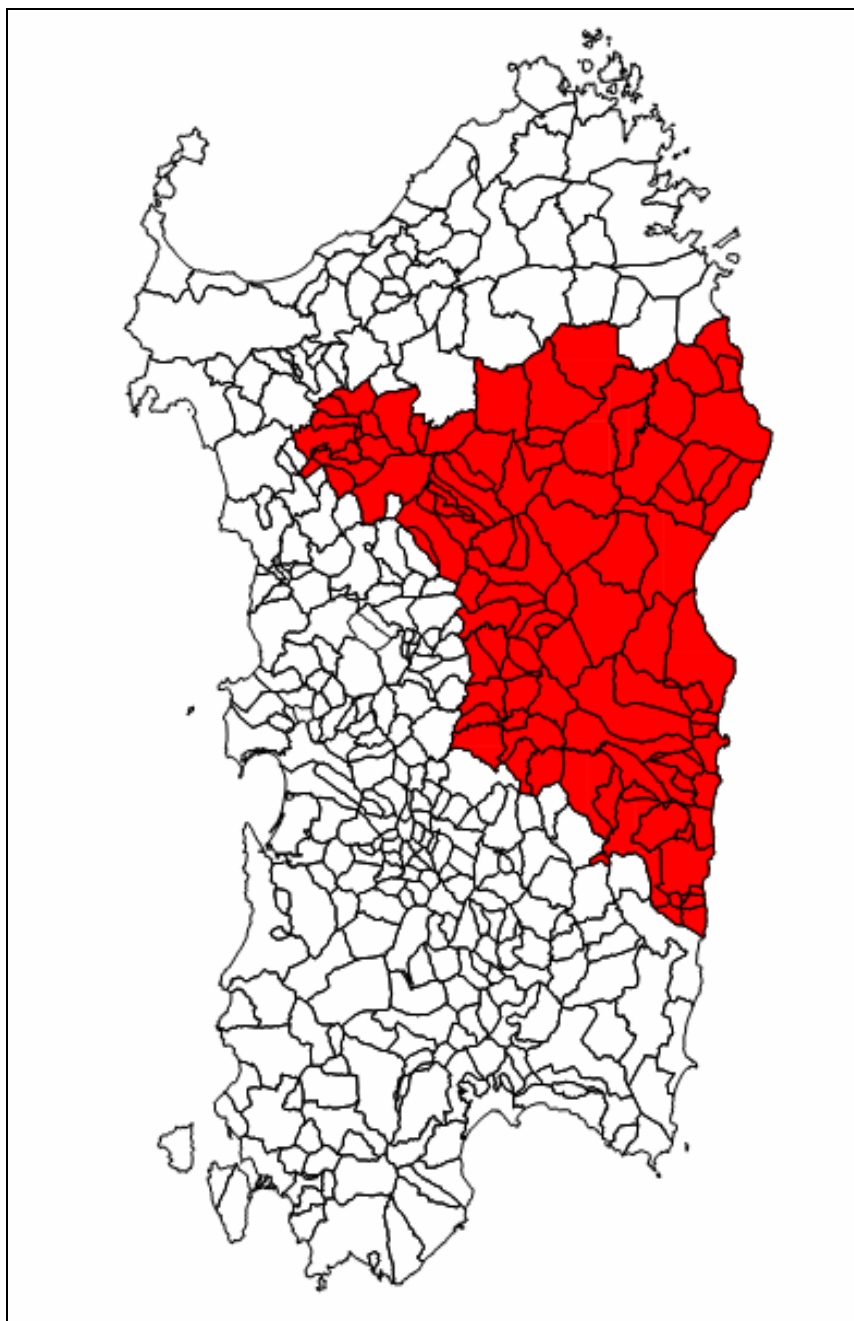


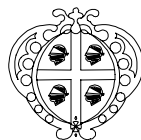
Decreto n. 12

Allegati

**Regione Autonoma della Sardegna**

**Allegato n. 2: MAPPA DELLA ZONA AD ALTO RISCHIO**



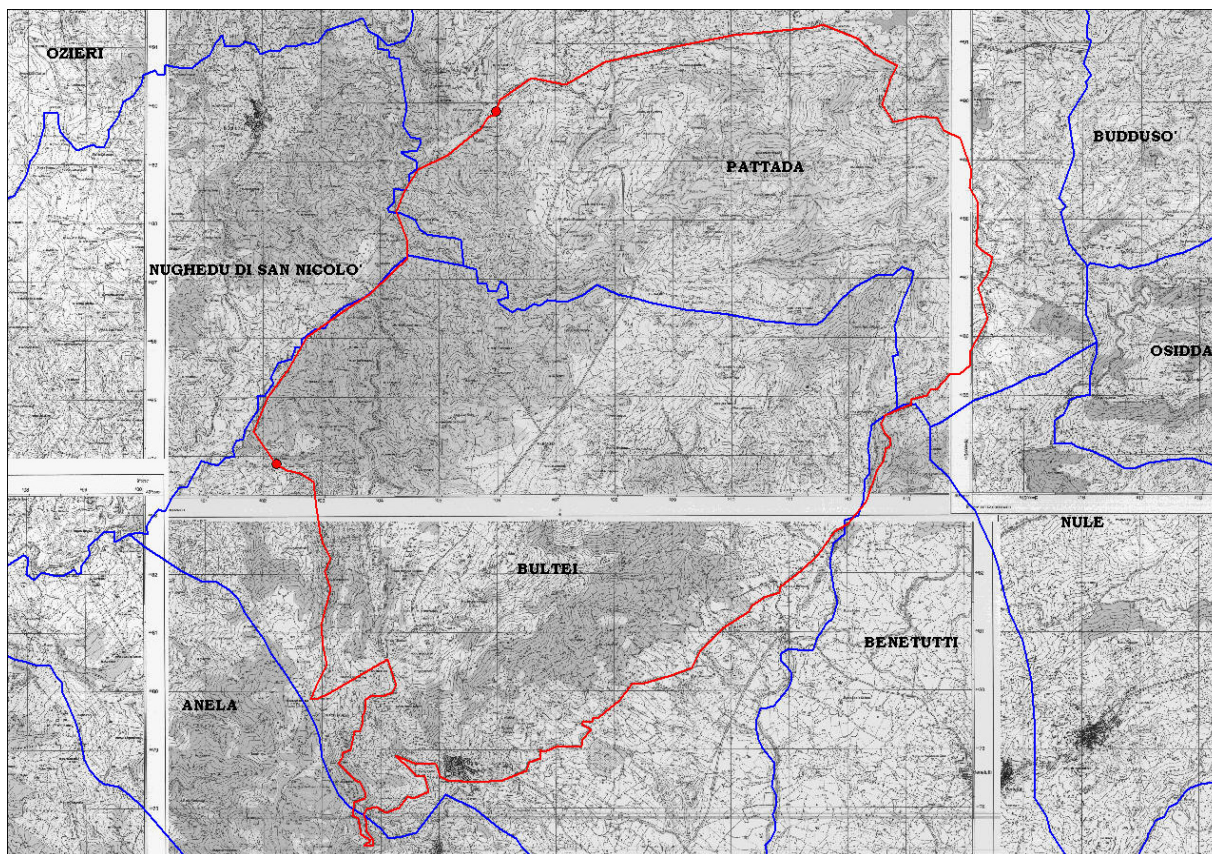


Decreto n. 12

Allegati

Regione Autonoma della Sardegna

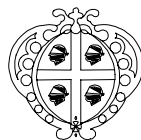
**Allegato n.3: ZONE INFETTE PER IL CINGHIALE**



**Delimitazione Zona Infetta Selvatico Bultei:**

L'areale, di 103,9 Km<sup>2</sup>, comprende la maggior parte del Comune di Bultei e la parte meridionale del comune di Pattada.

E' delimitato da Sud verso Ovest, a partire dal centro abitato di Bultei dalla strada provinciale che da Bultei porta verso Nughedu S.Nicolò fino al bivio Ispedumele a ovest, quindi da Ispedumele a Punta Masiennera seguendo la cresta montuosa che dalla fascia antincendio di Punta Masiennera porta a località Campanas (lat. 40°.30.287, long. 009°.01.034, alt. 530 ). Da Campanas lungo il confine comunale di Bultei, con Nughedu San Nicolò' e tra questo e Pattada, fino all'altezza di Pta Crabiles, (40,549896-9,054850) poi di nuovo dalla S.S. 128 bis fino alla stazione di Pattada, quindi la strada che porta a Ponte Molinu, S.P. 128 bis fino alla stazione di Benetutti ad Est, la cantoniera di Benetutti seguendo la S.S.128 bis fino al centro abitato di Bultei.

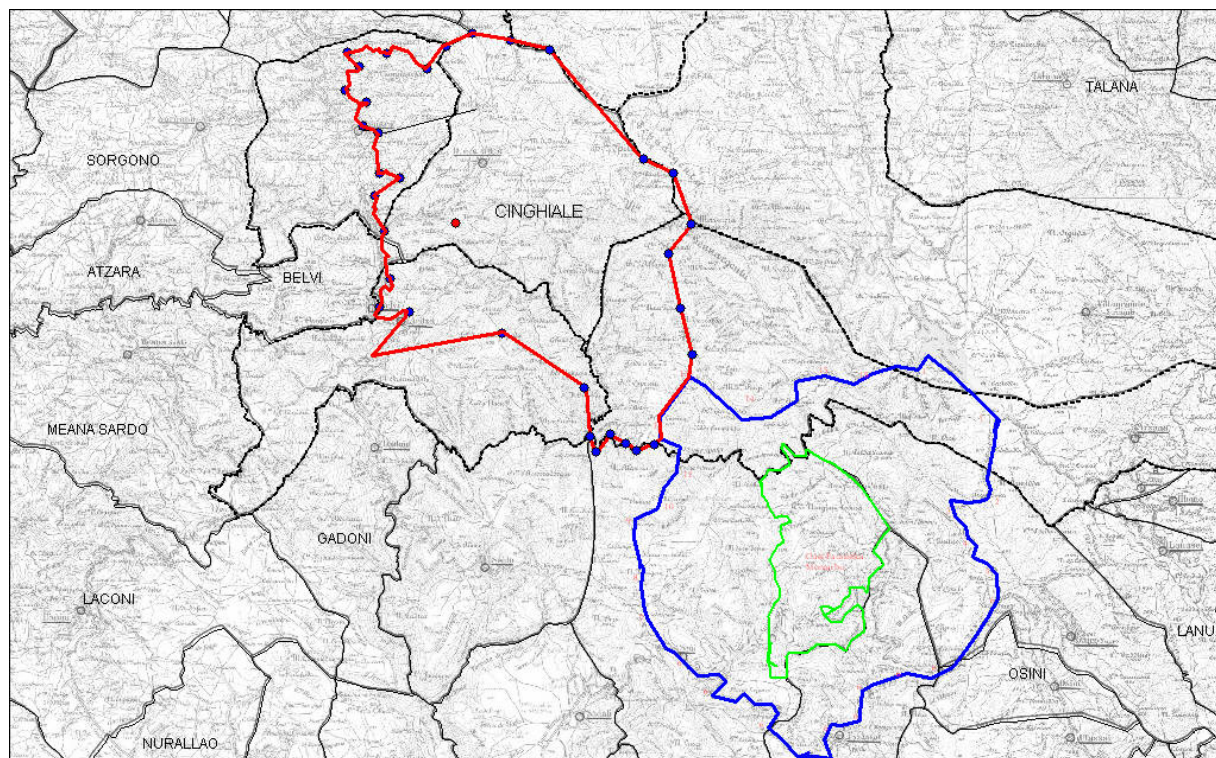


Decreto n. 12

Allegati

## Regione Autonoma della Sardegna

### Allegato n.3 (segue): ZONE INFETTE PER IL CINGHIALE



#### Delimitazione Zona Infetta "Montarbu-Aritzo":

E' la zona denominata Montarbu, situata nella provincia di Nuoro, comprendente parte del territorio dei comuni di **Arzana, Gairo, Osini, Seui, Ussassai**, tutti situati all'interno della provincia di Nuoro.

Ha un'estensione di 152 Km quadrati, ed è delimitata dai seguenti confini:

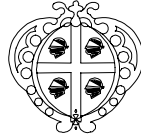
a Nord Ovest da una linea ideale che inizia in prossimità del Lago Alto del Flumendosa (1) si dirige verso Sud costeggiando Caula su Moddizzinu, fino ad Arcu Enna (2), prosegue verso Bacanieddu (3) e Punta Essilieri (4); da qui prosegue a sud fino a Perda Irsi (5), sino al congiungimento con la SS 198 (6) che da Gairo conduce a Ussassai e Seui. Da Seui, prosegue verso San Sebastiano (7) e a Nord verso Monte Marigosu (8), fino a Correlai (9) verso Punta Middasiu(10), sino a Sedda S'Orroli (11). Da questo punto continua a Nord verso Bruncu e Lassina (12) in direzione di Nuraghe Ruinas (13) e, costeggiando la base di Monte Genna Rugi (14), si dirige lungo Badde s'Orratorio (15) ricongiungendosi al Lago Flumendosa (1).

Verso Nord-Ovest la zona infetta si estende a comprendere parte dei comuni di Desulo, Aritzo, Belvi e Tonara.

E' delimitata nel lato S/SO dalla S.S. 295, a partire dal bivio situato in località "Cossatzu" del comune di Aritzo con la strada provinciale Cossatzu-Gadoni, fino al centro abitato di Aritzo, proseguendo poi verso quello di Belvi e quindi continuando a nord verso quello di Tonara; da qui, seguendo la strada Tonara-Tascusi, prima verso N/O, poi verso N/E fino al punto in cui questa incrocia il rio Lampazzu; continua poi verso n/e lungo il crinale che passa in località S'arcu Is Traes" verso punta Tracizeri e verso la località "genna e jacca", da qui in direzione E/SE, incrociando il rio Aratu, fino alla località "Punta Ispanu", in prossimità del confine tra i territori dei comuni di Fonni e Desulo.

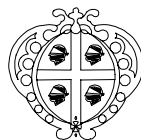
Da questo punto, continuando verso S/E alla "Punta Paulinu" quindi, sempre verso S/E a "Punta la Marmora", quindi verso S/O fino a "bruncu allasu", seguendo verso sud il "Rio Su Accu" fino alla località "Cumida Melone" e continuando verso sud, fino ad arrivare al vertice (punto 13) della "zona infetta montarbu" e sovrapponendosi al limite di questa verso S/O. segue poi verso ovest il corso del fiume flumendosa fino all'incrocio col rio "Antoni Muceli", risalendo quindi verso nord fino a "Bruncu Unturgiu ", da qui verso N/E fino a "Funtana Cungiada", e infine verso est fino alla località "Cossatzu".

La zona infetta del Montarbu comprende all'interno l'omonima foresta demaniale.



Decreto n. 12  
Allegati

**Regione Autonoma della Sardegna**



Decreto n. 12

Allegati

**Regione Autonoma della Sardegna**

**Allegato n. 4 : CALCOLO DELLA NUMEROSITÀ DEL CAMPIONE CONSIDERANDO UNA PREVALENZA DEL 5% CON UN’AFFIDABILITÀ DEL 95%**

| Numerosità della Popolazione | Numerosità del Campione |
|------------------------------|-------------------------|
| Fino a 17                    | tutti                   |
| 18                           | 17                      |
| 19                           | 18                      |
| 20                           | 19                      |
| 21                           | 20                      |
| 22-23                        | 21                      |
| 24                           | 22                      |
| 25-26                        | 23                      |
| 27                           | 24                      |
| 28-29                        | 25                      |
| 30-31                        | 26                      |
| 32-33                        | 27                      |
| 34-35                        | 28                      |
| 36-37                        | 29                      |
| 38-39                        | 30                      |
| 40-41                        | 31                      |
| 42-44                        | 32                      |
| 45-46                        | 33                      |
| 47-49                        | 34                      |
| 50-53                        | 35                      |
| 54-56                        | 36                      |
| 57-60                        | 37                      |
| 61-64                        | 38                      |
| 65-68                        | 39                      |
| 69-73                        | 40                      |
| 74-79                        | 41                      |
| 80-85                        | 42                      |
| 86-92                        | 43                      |
| 93-100                       | 44                      |
| 101-109                      | 45                      |
| 110-120                      | 46                      |
| 121-132                      | 47                      |
| 133-147                      | 48                      |
| 148-165                      | 49                      |
| 166-187                      | 50                      |
| 188-215                      | 51                      |
| 216-252                      | 52                      |
| 253-302                      | 53                      |
| 303-376                      | 54                      |
| 377-492                      | 55                      |
| 493-703                      | 56                      |
| 704-1215                     | 57                      |
| 1216-4178                    | 58                      |
| 4179 e oltre                 | 59                      |



Decreto n. 12

Allegati

## Regione Autonoma della Sardegna

## Allegato n. 5: SCHEDA RILEVAZIONE DATI IN AZIENDA (pag.1)

## PIANO PER LA SORVEGLIANZA DELLA PSA E DELLA PSC IN SARDEGNA ANNO 2005

Denominazione \_\_\_\_\_  
 Codice aziendale \_\_\_\_\_ Codice fiscale \_\_\_\_\_  
 Comune sede dell'allevamento \_\_\_\_\_ Prov \_\_\_\_\_ ASL \_\_\_\_\_  
 Località \_\_\_\_\_ Lat. \_\_\_\_\_ Long. \_\_\_\_\_ Alt. \_\_\_\_\_

Tipologia: Intensivo  Estensivo (Semibrado)  Autoconsumo familiare

Esiste una regolamentazione comunale del pascolo? Si  No

Le recinzioni esterne dell'azienda o del pascolo sono adeguate? Si  No

Presenza di registro Si  No

Registro regolarmente compilato Si  No

Marchi auricolari ben visibili: Si  No

Su tutti i suini  Su una piccola parte  Sulla maggior parte dei suini

Verifica consistenza attuale allevamento

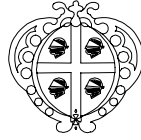
| CATEGORIA | N° CAPI (SUINI)   |                         |                           |                         |
|-----------|-------------------|-------------------------|---------------------------|-------------------------|
|           | Capacità massima* | Presenti in allevamento | Regolarmente Identificati | Regolarmente Registrati |
| SCROFE    |                   |                         |                           |                         |
| VERRI     |                   |                         |                           |                         |
| SCROFETTE |                   |                         |                           |                         |
| SUINETTI  |                   |                         |                           |                         |
| INGRASSO  |                   |                         |                           |                         |
| TOTALI    |                   |                         |                           |                         |

\* Vedi anche D.L.vo n. 53/2004 per la disponibilità di spazio necessaria per gli animali delle varie categorie; a titolo esemplificativo se ne riassumono le seguenti.

- 1) 0,15 mq per i suini di peso vivo pari o inferiore a 10 kg;
- 2) 0,20 mq per i suini di peso vivo compreso tra 10 e 20 kg;
- 3) 0,30 mq per i suini di peso vivo compreso tra 20 e 30 kg;
- 4) 0,40 mq per i suini di peso vivo compreso tra 30 e 50 kg;
- 5) 0,55 mq per i suini di peso vivo compreso tra 50 e 85 kg;
- 6) 0,65 mq per i suini di peso vivo compreso tra 85 e 110 kg;
- 7) 1,00 mq per i suini di peso vivo superiore a 110 kg;
- 8) Scrofette dopo la fecondazione: 1,64 mq
- 9) Scrofe dopo la fecondazione: 2,25 mq

Flussi animali in uscita/ingresso negli ultimi 6 mesi (dal registro d'azienda):

| Periodo (di 1 mese a partire dalla data di rilevazione) | Introduzioni per acquisto | Introduzioni per rimonta interna | Uscite per vendita | Uscite per macello | Morti | Saldo |
|---|---------------------------|----------------------------------|--------------------|--------------------|-------|-------|
| 1   |                           |                                  |                    |                    |       |       |
| 2   |                           |                                  |                    |                    |       |       |
| 3   |                           |                                  |                    |                    |       |       |
| 4   |                           |                                  |                    |                    |       |       |
| 5   |                           |                                  |                    |                    |       |       |
| 6   |                           |                                  |                    |                    |       |       |



Decreto n. 12

Allegati

**Regione Autonoma della Sardegna**

**segue Allegato n. 5: SCHEDA RILEVAZIONE DATI IN AZIENDA (pag. 2)**

Flussi animali in uscita/ingresso negli ultimi 6 mesi (dati riproduttivi):

| Periodo<br>(di 1 mese a<br>partire dalla<br>data di<br>rilevazione) | N° scrofe che<br>hanno<br>partorito | N° suinetti<br>nati vivi | N° suinetti<br>morti entro il<br>1° mese di<br>vita | N° suinetti<br>morti > 1°<br>mese di vita | N° scrofe che<br>hanno<br>abortito | N° suinetti<br>venduti |
|---|-------------------------------------|--------------------------|---|---|------------------------------------|------------------------|
| 1   |                                     |                          |   |   |                                    |                        |
| 2   |                                     |                          |   |   |                                    |                        |
| 3   |                                     |                          |   |   |                                    |                        |
| 4   |                                     |                          |   |   |                                    |                        |
| 5   |                                     |                          |   |   |                                    |                        |
| 6   |                                     |                          |   |   |                                    |                        |

Note e osservazioni:

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Anomalie e disfunzioni riscontrate:

---

---

---

---

---

---

---

---

Istruzioni impartite all'allevatore:

---

---

---

---

---

---

---

---

Sanzioni emesse:

---

---

---

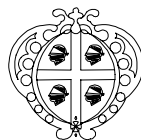
---

Il Proprietario/Detentore

Il Veterinario Ufficiale

---

---



Decreto n. 12

Allegati

Regione Autonoma della Sardegna

Allegato n. 6: SCHEDA DI ACCOMPAGNAMENTO DEI CAMPIONI DI SANGUE SUINO PRELEVATI IN ALLEVAMENTO

ASL N. \_\_\_\_\_ Codice Allevamento \_\_\_\_\_
Comune \_\_\_\_\_ Località \_\_\_\_\_

Tipologia Allevamento: Semibrado [ ] Intensivo Riproduzione [ ] Intensivo Ingrasso [ ] Familiare [ ]
N. complessivo capi presenti \_\_\_\_\_ N. scrofe \_\_\_\_\_

Allevamento accreditato per PSA (si) [ ] (no) [ ] Allevamento accreditato per PSC (si) [ ] (no) [ ]

Proprietario \_\_\_\_\_
Via \_\_\_\_\_ Comune \_\_\_\_\_
Veterinario Operatore \_\_\_\_\_

Stato Sanitario dell'allevamento: PSA PSC

- Sconosciuto [ ] Negativo al 1° prelievo [ ]
Indenne [ ] Sospetto di Focolaio [ ]
Precedente riscontro di positività [ ] Introduzione di suini sentinella [ ]
Prelievo in zona di sorveglianza [ ] Prelievo per trasporto [ ]
Prelievo per trasporto ai sensi del DM 5/08/99 e della Decisione 2003/514/CE [ ]

Prelievo PSA [ ] Prelievo PSC [ ]

N. Totale campioni \_\_\_\_\_ Data del prelievo \_\_\_\_\_

Precedenti prelievi in allevamento (no) [ ] (si) [ ]

ISTITUTO ZOOPROFILATTICO SPERIMENTALE DELLA SARDEGNA
Data Arrivo \_\_\_\_\_

Table with 5 columns: N., Contrassegno d'identificazione, Sesso, Età, Esito esami di laboratorio (PSA, PSC). Multiple empty rows for data entry.

PSA

PSC

Diagnosi N. \_\_\_\_\_ Prot. N. \_\_\_\_\_

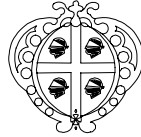
Diagnosi N. \_\_\_\_\_ Prot. N. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ li \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ li \_\_\_\_\_

Il Direttore \_\_\_\_\_





Decreto n. 12

Allegati

Regione Autonoma della Sardegna

Allegato n. 8: MODELLO DI DENUNCIA DI SOSPETTO O DI CONFERMA DI PESTE SUINA

|   |   |  |
|---|---|--|
| <b>AZIENDA U.S.L. N° _____ DI _____</b>   |   |  |
| <b>SERVIZIO VETERINARIO – SANITÀ ANIMALE</b>  |   |  |
| Indirizzo _____ tel. _____ fax _____  |   |  |
| Data ____ / ____ / ____ Protocollo n. _____   |   |  |
| <b>Al Ministero della Salute</b><br>Direzione Generale Sanità<br>Pubblica Veterinaria, Alimenti<br>e Nutrizione<br>ROMA EUR<br><b>FAX 06-59946185</b> | <b>All' Assessorato Igiene e Sanità</b><br>Servizio Prevenzione<br>CAGLIARI<br><b>FAX 070-6066817</b> | <b>All'Osservatorio Epidemiologico Veterinario Regionale</b><br>CAGLIARI<br><b>FAX 070-6848246</b> |

**OGGETTO:** segnalazione di malattia infettiva trasmissibile

**Comunicazione del sospetto**

Ai sensi dell'art. 3 dell'O.M. 6 ottobre 1984, si comunica il **sospetto** di **Peste Suina** riscontrato in data \_\_\_\_\_ nell'allevamento della specie \_\_\_\_\_ di proprietà del sig. \_\_\_\_\_ telefono \_\_\_\_\_ codice aziendale \_\_\_\_\_ località \_\_\_\_\_, **COMUNE DI** \_\_\_\_\_, provincia di \_\_\_\_\_ ubicazione dell'azienda: **LAT.** \_\_\_\_\_ **LONG.** \_\_\_\_\_ **ALT.** \_\_\_\_\_

**MISURE DI LOTTA APPLICATE:**

- ordinanza di sequestro cautelativo n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_
  - ordinanza di sequestro e abbattimento n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_
- DATA ABBATTIMENTO/DISTRUZIONE (anche prevista) \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

- SOSPETTO IN:
- ALLEVAMENTO
  - MACELLO
  - MEZZO DI TRASPORTO
  - SELVATICO
- \* Ubicazione azienda di origine come sopra descritto
  - \* Ubicazione azienda di origine come sopra descritto

| 1) CATEGORIA  | 2) N° suini totali | Di cui:      |             | 5) N° suini abbattuti |
|---------------|--------------------|--------------|-------------|-----------------------|
|               |                    | 3) N. malati | 4) N. morti |                       |
| Riproduttori  |                    |              |             |                       |
| Ingrasso      |                    |              |             |                       |
| Lattoni       |                    |              |             |                       |
| <b>TOTALE</b> |                    |              |             |                       |

Distanza dall'azienda più vicina: \_\_\_\_\_

Allevamento sito in zona di protezione - sorveglianza - epidemiologicamente correlato - relativamente al focolaio: \_\_\_\_\_ codice az. \_\_\_\_\_\*\*

\*\*N.B. nei focolai secondari, compilare obbligatoriamente indicando la correlazione (nome e codice)

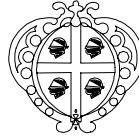
Il Veterinario Ufficiale (timbro e firma)

\*\*\*\*\*

**Comunicazione della conferma  o esclusione**

**METODO/I UTILIZZATO/I PER LA CONFERMA:** \_\_\_\_\_  
 rapporto di prova n. \_\_\_\_ del \_\_\_\_\_  positivo  negativo per PSC PSA  
 Data \_\_\_\_\_ Protocollo n. \_\_\_\_\_

Il Veterinario Ufficiale (timbro e firma)



Decreto n. 12

Allegati

Regione Autonoma della Sardegna

**Allegato n. 9: PRESCRIZIONI SANITARIE ALL'ALLEVATORE IN CASO DI SEQUESTRO CAUTELATIVO**

AZIENDA UNITA' SANITARIA LOCALE N° \_\_\_\_ DI \_\_\_\_\_

**SERVIZI VETERINARI – SANITÀ ANIMALE**

Indirizzo \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_ fax \_\_\_\_\_

**OGGETTO:** sequestro allevamento suino cod. aziendale \_\_\_\_\_

**Visto** il sospetto avanzato da questo Servizio Veterinario di Peste Suina Classica/Peste Suina Africana nell'allevamento in oggetto

**Vista** la normativa vigente

Al fine di limitare la diffusione della malattia e tutelare gli allevamenti suini presenti sul territorio in attesa di ulteriori provvedimenti della autorità competente si pone sotto vincolo sanitario l'allevamento del Sig. \_\_\_\_\_, nato a \_\_\_\_\_ il \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_] sito in località \_\_\_\_\_ in agro del Comune di \_\_\_\_\_

S'impartiscono al Sig. \_\_\_\_\_ le seguenti disposizioni sanitarie:

**Divieto** di spostare dall'azienda gli animali censiti e animali di altra specie senza autorizzazione del veterinario ufficiale;

**Divieto** di introdurre in azienda animali di tutte le specie recettive da altri allevamenti;

**Divieto** di spostamento per macellazione degli animali recettivi presenti in azienda senza il previsto Modello 4 (foglio rosa) vidimato dal Veterinario;

**Divieto** di trasportare fuori dall'azienda foraggi, attrezzi, letame ed altre materie ed oggetti, atti alla propagazione della malattia;

**Divieto** di contatto del personale di custodia con animali dei luoghi vicini;

**Impedire** l'accesso in azienda alle persone estranee;

**Tenere** chiusi i ricoveri e spargere largamente sulla soglia e per un tratto dell'esterno sostanze disinfestanti;

**Obbligo** di segnalazione immediata al Veterinario Ufficiale di qualunque caso anche sospetto di malattia e di eventuali decessi che dovessero verificarsi negli animali recettivi del proprio allevamento;

**Isolamento** degli animali malati e sospetti dai sani e custodia da parte dei detentori degli animali morti in attesa degli ulteriori provvedimenti.

Le inosservanze alle presenti disposizioni verranno perseguite a norma di legge.

\_\_\_\_\_, li \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_

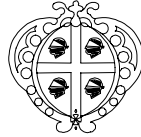
IL VETERINARIO UFFICIALE

\_\_\_\_\_

**NOTIFICA DELLE DISPOSIZIONI**

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ dichiara di aver ricevuto dal Dr. \_\_\_\_\_ le disposizioni di cui sopra e di essere stato informato sulle responsabilità penali nel caso della mancata osservanza delle stesse.

Firma \_\_\_\_\_



Decreto n. 12

Allegati

Regione Autonoma della Sardegna

**Allegato n. 10: SEGNALAZIONE DI FOCOLAIO DI PSC/PSA AL SINDACO**

**AZIENDA UNITA' SANITARIA LOCALE N° \_\_\_\_ DI \_\_\_\_\_**  
**SERVIZI VETERINARI – SANITÀ ANIMALE**

Indirizzo \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_ fax \_\_\_\_\_

Prot. n. \_\_\_\_\_, li \_\_/\_\_/\_\_\_\_\_

AL SIG. SINDACO DEL COMUNE DI \_\_\_\_\_

**Oggetto:** Peste Suina Classica/Peste Suina Africana. Segnalazione di insorgenza focolaio e trasmissione schema Ordinanza sindacale di sequestro.

Dagli accertamenti effettuati da questo Servizio è stato rilevato un focolaio di Peste Suina Classica/Peste Suina Africana presso l'allevamento di proprietà del Sig. \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_ residente in \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_

Titolare dell'Azienda sita in agro di codesto Comune in località \_\_\_\_\_

Codice aziendale n° \_\_\_\_ | \_\_\_\_ | \_\_\_\_

Pertanto detto allevamento, in base alla normativa vigente, deve essere sottoposto a sequestro e devono essere adottate le misure previste dall' art. 10 del R.P.V. del 8 febbraio 1954 n° 320, dai Decreti Legislativi 24 febbraio 2004 n. 54 e 55 e dal Decreto/ordinanza Regionale \_\_\_\_\_.

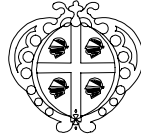
Si trasmette a tal fine uno schema di Ordinanza Sindacale che Ella avrà cura di adottare e notificare all'allevatore.

Copia dell'Ordinanza dovrà essere trasmessa a questo Ufficio.

\_\_\_\_\_ li \_\_/\_\_/\_\_\_\_\_

IL VETERINARIO UFFICIALE

(Dr. \_\_\_\_\_)



Decreto n. 12

Allegati

**Regione Autonoma della Sardegna**

**Allegato n. 11: SCHEMA DI ORDINANZA SINDACALE DI SEQUESTRO CAUTELATIVO**

**COMUNE DI \_\_\_\_\_**

**ORDINANZA N. \_\_\_\_\_**

**DEL \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_**

**IL SINDACO**

VISTA la segnalazione del Servizio Veterinario dell'Azienda USL n. \_\_\_ di \_\_\_\_\_, in data \_\_\_\_\_ Prot. n. \_\_\_\_\_ con la quale veniva segnalato che l'allevamento sito in località \_\_\_\_\_ agro del Comune di \_\_\_\_\_ con codice aziendale \_ \_ \_ | \_ \_ | \_ \_ \_ di proprietà del Sig. \_\_\_\_\_ è stato formulato un sospetto /confermato un focolaio di PSC/PSA in capi suini.

1

**VISTO** il Testo Unico delle Leggi Sanitarie approvato con R.D. 27 luglio 1934 n.1265

**VISTO** il regolamento di Polizia Veterinaria approvato con D.P.R. n.320 del 8.02. 1954;

**VISTA** la Legge 23 Gennaio 1968 n. 34,.

**VISTA** la Legge 23 Dicembre 1978 n. 833;

**VISTA** la Legge 2 Giugno 1988:,n. 218;

**VISTO** il D.M. 20 Luglio 1989 n.298 ;

**VISTA** la Legge 8 Giugno 1990 n. 142;

**VISTO** il Regolamento (CE) n.1774/2002 del 3 Ottobre 2002 Art. 1 comma 3;

**VISTA** la Legge 9 Marzo 1989 n. 86;

**VISTA** la Legge 22 Febbraio 1994 n. 146;

**VISTO** il Decreto 502/92 e successive modificazioni;

**VISTO** il D.L.vo 31 Marzo 1998 n. 112;

**VISTO** il D.L. vo 1 Settembre 1998 n. 333

**VISTO** il D.L.vo 22 Maggio 1999 n. 196;

**VISTA** l'Ordinanza Ministeriale 1 Maggio 2001 e i relativi allegati;

**VISTO** il Regolamento CE n. 999/2001 del 22 maggio e successive modificazioni;

**VISTO** il Regolamento CE n. 1774/2002 del 3 ottobre 2002 e successive modificazioni;

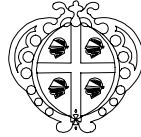
**VISTA** la Decisione 2003/218/CE del 27Marzo 2003;

**VISTO** il D.Lgs. 20 febbraio 2004 n. 54/il D.Lgs. 20 febbraio 2004 n. 55

**CONSIDERATO** che in seguito all'insorgenza della Peste Suina Classica/Peste Suina Africana il territorio comunale viene inserito nella Zona di Protezione ai sensi dell'art. \_ del Decreto Regionale del \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_;

**RITENUTO** necessario adottare i provvedimenti atti ad impedire la diffusione della epidemia;

\_\_\_\_\_



Decreto n. 12

Allegati

**Regione Autonoma della Sardegna**

**Segue Allegato n. 11: SCHEMA DI ORDINANZA SINDACALE DI SEQUESTRO CAUTELATIVO**

**ORDINA**

Al Sig. \_\_\_\_\_ residente in Via \_\_\_\_\_ titolare dell'allevamento sopra identificato, con decorrenza immediata, a partire dalla data di notifica della presente, lo scrupoloso rispetto di quanto di seguito specificato:

1. Il sequestro dell'allevamento;
2. Il censimento ufficiale degli animali, con indicazione per ciascuna specie, del numero di animali già morti, infetti o suscettibili di esserlo
3. il divieto di movimento, di animali in provenienza dall'azienda ed a destinazione della stessa, salvo nel caso di immediata macellazione verso impianti situati all'interno della zona di protezione;
4. l'abbattimento degli animali che il veterinario ufficiale ritiene necessario per prevenire il propagarsi dell'epidemia;
5. la distruzione, l'eliminazione, l'incenerimento o il sotterramento in conformità alle disposizioni vigenti delle carcasse degli animali morti e di quelli abbattuti nell'azienda;
6. l'effettuazione dell'indagine epidemiologica
7. è fatto obbligo a chiunque spetti di rispettare e far rispettare la presente Ordinanza;

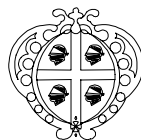
I Vigili Urbani, gli Agenti di Forza Pubblica, il Servizio Veterinario ed il Servizio di Igiene Pubblica ciascuno nell'ambito delle proprie competenze sono incaricati dell'esecuzione della presente Ordinanza.

IL SINDACO

\_\_\_\_\_

Copia della presente ordinanza è notificata al detentore degli animali.

Inoltre è inviata a: (1) Prefettura di \_\_\_\_\_, (2) Comando Polizia Municipale di \_\_\_\_\_, (3) Comando Stazione Carabinieri del Comune di \_\_\_\_\_, (4) Comando Carabinieri NAS \_\_\_\_\_, (5) Comando Polizia stradale \_\_\_\_\_, (6) Comando Guardie Forestali Regionali \_\_\_\_\_, (7) Tutti i Sindaci dei comuni confinanti \_\_\_\_\_, (8) Distretto Veterinario a cui appartiene il comune di \_\_\_\_\_, (9) Servizio Veterinario della A.USL \_\_\_\_\_, (10) Servizi Veterinari delle A.USL della Regione \_\_\_\_\_, (11) Servizio Veterinario regionale \_\_\_\_\_.



Decreto n. 12

Allegati

**Regione Autonoma della Sardegna**

**Allegato n. 12: SCHEMA DI ORDINANZA DI ABBATTIMENTO E DISTRUZIONE**

COMUNE DI \_\_\_\_\_

PROVINCIA DI \_\_\_\_\_

ORDINANZA DI POLIZIA VETERINARIA N. \_\_\_\_\_ DEL \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

**IL SINDACO**

**VISTA** la relazione del Servizio Veterinario di Sanità animale della AUSL di \_\_\_\_\_ dalla quale risulta che presso l'allevamento della specie \_\_\_\_\_ appartenente a \_\_\_\_\_, codice allevamento N° \_\_\_\_\_, sito in contrada \_\_\_\_\_ di questo comune è stato riscontrato un focolaio di PSC/PSA;

**CONSIDERATO** che i detti capi sono stati identificati come segue:

| N. | Specie | Categoria | Identificazione |
|----|--------|-----------|-----------------|
| 1. | _____  | _____     | _____           |
| 2. | _____  | _____     | _____           |
| 3. | _____  | _____     | _____           |
| 4. | _____  | _____     | _____           |
| 5. | _____  | _____     | _____           |
| 6. | _____  | _____     | _____           |
| 7. | _____  | _____     | _____           |
| 8. | _____  | _____     | _____           |

**VISTO** il Testo Unico delle Leggi Sanitarie approvato con R.D. 27 luglio 1934 n. 1265;

**VISTO** il regolamento di Polizia Veterinaria approvato con D.P.R. n. 320 del 8.02. 1954;

**VISTA** la Legge 23 Dicembre 1978 n. 833;

**VISTA** la Legge 2 Giugno 1988:,n. 218;

**VISTO** il D.M. 20 Luglio 1989 n. 298;

**VISTA** la Legge 8 Giugno 1990 n. 142;

**VISTO** il Regolamento (CE) n.1774/2002 del 3 Ottobre 2002 e successive modificazioni;

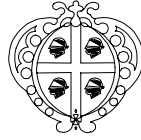
**VISTO** il Decreto 502/92 e successive modificazioni;

**VISTO** il D. Lgs. 31 Marzo 1998 n. 112;

**VISTO** il D. Lgs. 1 Settembre 1998 n. 333;

**VISTO** il D. Lgs. 22 Maggio 1999 n. 196;

**VISTO** il D. Lgs. 20 febbraio 2004 n. 54/il D. Lgs. 20 febbraio 2004 n. 55



Decreto n. 12

Allegati

**Regione Autonoma della Sardegna**

**Segue Allegato n. 12: SCHEMA DI ORDINANZA DI ABBATTIMENTO E DISTRUZIONE**

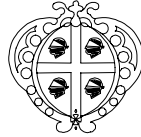
**ORDINA**

1. L'intero effettivo dell'azienda, sito in località \_\_\_\_\_ del Comune di \_\_\_\_\_ di proprietà del Sig. \_\_\_\_\_ valutato dal Veterinario Ufficiale in \_\_\_\_\_ capi di bestiame DEVE ESSERE ABBATTUTO sul posto sotto controllo del Veterinario Ufficiale, nel più breve tempo possibile ed in modo atto ad evitare ogni rischio di diffusione dell'agente patogeno;
2. Gli animali abbattuti DEVONO ESSERE DISTRUTTI sotto controllo del Veterinario Ufficiale in modo tale da impedire la diffusione dell'agente patogeno e da garantirne la distruzione;
3. Il Veterinario Ufficiale deve preventivamente effettuare l'individuazione per specie e categoria (comprensiva di peso vivo e/o età) degli animali da abbattere e distruggere eventualmente assistito da un rappresentante dell'Associazione Provinciale Allevatori;
4. l'eventuale distruzione di materiali e/o prodotti potenzialmente contaminati e non disinfettabili;
5. Il trasporto degli animali abbattuti deve essere effettuato mediante idonei automezzi a perfetta tenuta ed opportunamente disinfettati.
6. Dopo l'eliminazione degli animali i ricoveri, i veicoli utilizzati per il loro trasporto e tutto il materiale potenzialmente contaminato devono essere puliti, lavati e sottoposti ad idoneo trattamento di disinfezione nei tempi e nei modi stabiliti dal Veterinario Ufficiale;

Il Servizio Veterinario e gli Agenti della Forza Pubblica sono incaricati dell'esecuzione della presente ordinanza.

Il Sindaco

\_\_\_\_\_



Decreto n. 12

Allegati

## Regione Autonoma della Sardegna

## Allegato n. 13: VERBALE DI STIMA ANALITICA

**REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA**  
**AZIENDA USL N. \_\_\_\_\_ - DISTRETTO DI \_\_\_\_\_**

**Verbale di stima analitica dei capi abbattuti per peste suina \_\_\_\_\_**

Si dichiara che, in esecuzione della Legge n.34/68 e dell'Ordinanza Sindacale n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_, nel Comune di \_\_\_\_\_ sono stati abbattuti n. \_\_\_\_\_ e distrutti n. \_\_\_\_\_ suini di proprietà del Sig. \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_, residente a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_, n. \_\_\_\_\_.

I suini, di razza \_\_\_\_\_, sono stati analiticamente stimati come segue:

## A) SUINI DA MACELLO

| N. CAPI | KG. PER CAPO | TOTALE KG. | IMPORTO PER KG. | INDENNIZZO |
|---------|--------------|------------|-----------------|------------|
|         |              |            |                 |            |
|         |              |            |                 |            |
|         |              |            |                 |            |
|         |              |            |                 |            |
|         |              |            |                 |            |
|         |              |            |                 |            |

TOTALE INDENNIZZO A): € \_\_\_\_\_

## B) SUINI DA VITA

| N. CAPI | CATEGORIA | ISCRIZIONE L.G./<br>IBRIDO/<br>COMUNE/ | QUALIFICA<br>VUOTE/<br>GRAVIDE/ | PREZZO PER<br>CAPO | INDENNIZZO |
|---------|-----------|--|---------------------------------|--------------------|------------|
|         |           |  |                                 |                    |            |
|         |           |  |                                 |                    |            |
|         |           |  |                                 |                    |            |
|         |           |  |                                 |                    |            |
|         |           |  |                                 |                    |            |
|         |           |  |                                 |                    |            |

TOTALE INDENNIZZO B): € \_\_\_\_\_

TOTALE INDENNIZZO A) + B): € \_\_\_\_\_

Nota: Ordinanza di abbattimento n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_

Data abbattimento: \_\_\_\_\_

Bollettino ISMEA: settimana dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

L'interessato ha rispettato, durante l'abbattimento e la distruzione degli animali, le norme di polizia veterinaria.

OSSERVAZIONI: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

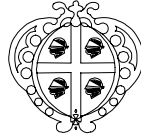
\_\_\_\_\_ li \_\_\_\_\_

Dr. \_\_\_\_\_ (responsabile dell'U.D.C. locale)

Dr. \_\_\_\_\_ (membro dell'U.D.C. locale)

Dr. \_\_\_\_\_ (membro dell'U.D.C. locale)

Sig. \_\_\_\_\_ (rappresentante delle associazioni di categoria)\*



Decreto n. 12

Allegati

Regione Autonoma della Sardegna

**Allegato n. 14: VERBALE DI DISINFEZIONE**

|   |
|---|
| <b>AZIENDA U.S.L. N° _____ DI _____</b><br><b>SERVIZIO VETERINARIO – SANITÀ ANIMALE</b> |
| Indirizzo _____ tel. _____ fax _____  |

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ incaricato della vigilanza sul servizio di disinfezione ai sensi dell'Art. 63 del D.P.R. 320/1954

**DICHIARA**

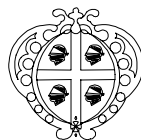
Che, in occasione del focolaio di peste suina \_\_\_\_\_ verificatosi in data \_\_\_\_\_ nell'allevamento del Sig. \_\_\_\_\_ in località \_\_\_\_\_, codice aziendale \_\_\_\_\_, comune di \_\_\_\_\_, le disinfezioni sono state eseguite regolarmente con i seguenti prodotti:

- Locali e attrezzature: \_\_\_\_\_
- Automezzi e mezzi agricoli: \_\_\_\_\_
- Lettiera e liquami \_\_\_\_\_
- Animali abbattuti, fossa d'interramento \_\_\_\_\_

Il Veterinario Ufficiale

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ li \_\_\_\_\_



Decreto n. 12

Allegati

**Regione Autonoma della Sardegna**

**Allegato n. 15: DISINFETTANTI EFFICACI**

**PESTE SUINA AFRICANA**

**IDROSSIDO DI SODIO 2%**

Aspersione animali abbattuti, locali e trattamento deiezioni

**COMPLESSO POTASSIO PEROSSIDOMONOSOLFATO + ACIDO MALICO + ACIDO SULFAMIDICO + DODECILBENZENSULFONATO + SODIOESAMETAFOFATO 1%**

Irrorazione strutture interne e nebulizzazione ambienti

**CARBONATO DI SODIO 40% (pH 11,6 , 95°C)**

Irrorazione strutture interne ed esterne, oggetti ed utensili

**ORTOFENILFENOLO 1%**

**FORMALINA 6-10%**

Trattamento utensili

**IODIO E DERIVATI**

**LYSOL 5%**

Automezzi , divise dal lavoro , utensili

**PESTE SUINA CLASSICA.**

**DIALDEIDE GLUTARICA + BENZALCONIO CLORURO 1%**

Irrorazione strutture interne ed esterne, oggetti ed utensili

**COMPLESSO POTASSIO PEROSSIDOMONOSOLFATO + ACIDO MALICO + ACIDO SULFAMIDICO + DODECILBENZENSULFONATO + SODIOESAMETAFOFATO 1%**

Irrorazione strutture interne e nebulizzazione ambienti

**SALI QUATERNARI D'AMMONIO 5%**

Irrorazione strutture interne ed esterne, oggetti ed utensili

**IDROSSIDO DI SODIO 2%**

(soda caustica)

Aspersione pavimenti

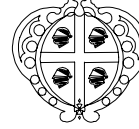
**IDRATO DI CALCIO 3%**

(Latte di calce)

Aspersione pavimenti

**CRESOLO 6%**

Aspersione pavimenti



Decreto n. .... / .....

Allegati

Regione Autonoma della Sardegna

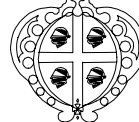
**Allegato n. 16: REGISTRO DI VIGILANZA NEGLI STABILIMENTI**

**STABILIMENTO .....**

**Sede..... N. autorizzazione CE...**

**Azienda ASL n. ....**

| DATA          | VETERINARIO UFFICIALE | CONTROLLI EFFETTUATI   |  | FIRMA |
|---------------|-----------------------|--|--|-------|
|               |                       | <input type="checkbox"/> materie prime<br><input type="checkbox"/> ciclo lavorazione<br><input type="checkbox"/> igiene locali<br><input type="checkbox"/> igiene attrezzature / personale<br><input type="checkbox"/> igiene locali deposito<br><input type="checkbox"/> prodotti stagionatura /stoccaggio<br><input type="checkbox"/> etichettatura / bollatura prodotti | <input type="checkbox"/> documentazione carico / scarico<br><input type="checkbox"/> documentazione HACCP<br><input type="checkbox"/> controllo T°<br><input type="checkbox"/> rilascio certificazione sanitaria<br><input type="checkbox"/> prelievo campioni<br><input type="checkbox"/> altro (specificare) |       |
| <b>NOTE :</b> |                       |  |  |       |
| DATA          | VETERINARIO UFFICIALE | CONTROLLI EFFETTUATI   |  | FIRMA |
|               |                       | <input type="checkbox"/> materie prime<br><input type="checkbox"/> ciclo lavorazione<br><input type="checkbox"/> igiene locali<br><input type="checkbox"/> igiene attrezzature / personale<br><input type="checkbox"/> igiene locali deposito<br><input type="checkbox"/> prodotti stagionatura /stoccaggio<br><input type="checkbox"/> etichettatura / bollatura prodotti | <input type="checkbox"/> documentazione carico / scarico<br><input type="checkbox"/> documentazione HACCP<br><input type="checkbox"/> controllo T°<br><input type="checkbox"/> rilascio certificazione sanitaria<br><input type="checkbox"/> prelievo campioni<br><input type="checkbox"/> altro (specificare) |       |
| <b>NOTE :</b> |                       |  |  |       |



**Allegato n. 17: REGISTRO DI CARICO-SCARICO NEI SALUMIFICI**

**STABILIMENTO .....**

**Sede..... N. autorizzazione CE...**

**Azienda ASL n. ....**

| <b><u>CARICO MATERIA PRIMA / PRODOTTI</u></b> |                         |                  |            |                          |                 |
|---|-------------------------|------------------|------------|--------------------------|-----------------|
| <b>DATA</b>                                   | <b>KG MATERIA PRIMA</b> | <b>FORNITORE</b> | <b>DDT</b> | <b>PRODOTTO OTTENUTO</b> | <b>N° LOTTO</b> |
|   |                         |                  |            |                          |                 |
|   |                         |                  |            |                          |                 |
|   |                         |                  |            |                          |                 |

**STABILIMENTO .....**

**Sede..... N. autorizzazione CE...**

**Azienda ASL n. ....**

| <b><u>SCARICO PRODOTTI</u></b>                  |                    |           |                           |
|---|--------------------|-----------|---------------------------|
| <b>LOTTO N. .... / TIPOLOGIA PRODOTTO .....</b> |                    |           |                           |
| <b>DATA</b>                                     | <b>DESTINATARI</b> | <b>KG</b> | <b>PRODOTTI ELIMINATI</b> |
|   |                    |           |                           |
|   |                    |           |                           |
|   |                    |           |                           |
|   |                    |           |                           |

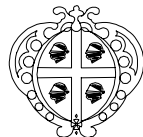


**Allegato n. 18: VISITE CLINICHE EFFETTUATE IN AZIENDE SUINE PER IL RILIEVO DI SINTOMI RIFERIBILI A PESTI SUINE**

ZONA DI PROTEZIONE  ZONA DI SORVEGLIANZA  PER PSA  PSC  RELATIVA AL FOCOLAIO \_\_\_\_\_  
COD. AZIENDALE \_\_\_\_\_ COMUNE DI \_\_\_\_\_ AZIENDA USL N. \_\_\_ DI \_\_\_\_\_

| CODICE AZIENDALE | DATA VISITA | DENOMINAZIONE AZIENDA | LATITUDINE | LONGITUDINE | ALTITUDINE | NUMERO CAPI PRESENTI ALL'ATTO DELLA VISITA | NUMERO CAPI VISITATI | PRESENZA DI SINTOMI                                     |
|------------------|-------------|-----------------------|------------|-------------|------------|--|----------------------|---|
|                  |             |                       |            |             |            |  |                      | Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
|                  |             |                       |            |             |            |  |                      | Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
|                  |             |                       |            |             |            |  |                      | Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
|                  |             |                       |            |             |            |  |                      | Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
|                  |             |                       |            |             |            |  |                      | Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
|                  |             |                       |            |             |            |  |                      | Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
|                  |             |                       |            |             |            |  |                      | Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
|                  |             |                       |            |             |            |  |                      | Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
|                  |             |                       |            |             |            |  |                      | Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
|                  |             |                       |            |             |            |  |                      | Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
|                  |             |                       |            |             |            |  |                      | Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |

Il Veterinario Ufficiale



Decreto n. .... / ..... Allegati

**Regione Autonoma della Sardegna**

**Allegato n. 19: STABILIMENTI AUTORIZZATI ALLA COMMERCIALIZZAZIONE DI CARNI SUINE E PRODOTTI A BASE DI CARNE SUINA AL DI FUORI DEL TERRITORIO REGIONALE – ANNO 2005**

| MACELLI  |               | QUANTITÀ' KG.<br>CARNI | DESTINAZIONE |        |              |
|----------|---------------|------------------------|--------------|--------|--------------|
| N. BOLLO | DENOMINAZIONE |                        | REGIONE      | ITALIA | STATO MEMBRO |
|          |               |                        |              |        |              |
|          |               |                        |              |        |              |
|          |               |                        |              |        |              |
|          |               |                        |              |        |              |
|          |               |                        |              |        |              |
|          |               |                        |              |        |              |

| STABILIMENTI PRODOTTI A BASE DI CARNE SUINA |               | QUANTITÀ' KG.<br>PRODOTTI | DESTINAZIONE |        |              |
|---|---------------|---------------------------|--------------|--------|--------------|
| N. BOLLO                                    | DENOMINAZIONE |                           | REGIONE      | ITALIA | STATO MEMBRO |
|   |               |                           |              |        |              |
|   |               |                           |              |        |              |
|   |               |                           |              |        |              |
|   |               |                           |              |        |              |
|   |               |                           |              |        |              |



**Allegato n. 20: SCHEMA DI INDAGINE EPIDEMIOLOGICA**

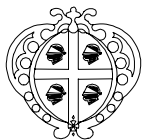
**SCHEDA  
DI INDAGINE EPIDEMIOLOGICA  
PER PESTI SUINE**

sospetto n.: ..... data .....

□ □ □ □ □ □ □ □

codice allevamento

conferma n.: ..... data .....



Regione Autonoma della Sardegna

## L'INDAGINE EPIDEMIOLOGICA VIENE SVOLTA IN SEGUITO A:

- Sieropositività
- Isolamento virale
- Sospetto clinico / anatomo patologico
- Rilievo al macello
- Collegamento altro focolaio  (specificare) .....

**1. ANAGRAFE DELL'AZIENDA**

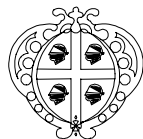
- 1.1 Codice aziendale:
- 1.2 Denominazione dell'azienda: .....
- 1.3 Proprietario: .....
- 1.4 Detentore (se diverso dal proprietario): .....
- 1.5 Indirizzo dell'azienda: .....
- Comune: ..... Provincia: .....
- 1.6 ASL: ..... Distretto: .....
- Veterinario dirigente: .....
- Veterinario che ha eseguito l'indagine: .....
- Telefono (fisso): ..... (mobile): .....

**2. TIPOLOGIA DELL'AZIENDA**

- 2.1 VARIETÀ DI SPECIE ALLEVATE: suino  cinghiale

**2.2 ATTIVITÀ / TIPOLOGIA DELL' ALLEVAMENTO**

- riproduzione ciclo chiuso
- riproduzione ciclo aperto
- ingrasso
- magronaggio
- stalla di sosta
- stalla di sosta annessa a un macello
- intensivo**
- estensivo
- brado
- semibrado**



Regione Autonoma della Sardegna

Decreto n. .... / ..... Allegati

### 3. CENSIMENTO E DISTRIBUZIONE DEI SUINI PRESENTI IN AZIENDA

| struttura * | Categorie** |       |           |                       |                   |                    |                 |
|-------------|-------------|-------|-----------|-----------------------|-------------------|--------------------|-----------------|
|             | Scrofe      | Verri | Scrofette | Suinetti sotto scrofa | Lattoni (< 40 kg) | Magroni (40-90 kg) | Grassi (> 90kg) |
|             |             |       |           |                       |                   |                    |                 |
|             |             |       |           |                       |                   |                    |                 |
|             |             |       |           |                       |                   |                    |                 |
|             |             |       |           |                       |                   |                    |                 |
|             |             |       |           |                       |                   |                    |                 |
|             |             |       |           |                       |                   |                    |                 |
|             |             |       |           |                       |                   |                    |                 |
|             |             |       |           |                       |                   |                    |                 |

\*Per struttura si intende l'edificio in cui sono ricoverati ed allevati i suini. la struttura può essere identificata con numeri progressivi, lettere o specificata per esteso (es. sala parto, settore gestazione, magronaggio, ingrasso, etc.) e deve corrispondere a quanto descritto nella planimetria dell'azienda

\*\*Specificare tra parentesi accanto al numero di capi presente nella struttura il numero dei capi risultati sieropositivi e/o con sintomatologia/lesioni

N.B. per ogni varietà di specie vanno trascritte in modo distinto le categorie presenti.

### 4. ALTRE SPECIE ANIMALI:

|         |          |
|---------|----------|
| Specie: | N° capi: |
| Specie: | N° capi: |
| Specie: | N° capi: |



Decreto n. .... / .....

Allegati

### Regione Autonoma della Sardegna

#### 5. INFORMAZIONI INERENTI LA CONDUZIONE AZIENDALE

##### 5.1 GLI ANIMALI SOGGIORNANO:

Al chiuso

All'aperto

Tipo di edifici: .....

I paddoks sono recintati? [SI] [NO]

.....

.....

5.2 L'azienda è dotata di barriere che impediscono l'accesso ai non autorizzati?  
(cancelli, muri di cinta, etc.)

[SI] [NO]

5.3 Esiste un macello annesso all'azienda?

[SI] [NO]

5.4 Il carico/scarico animali avviene: fuori dell'azienda   
all'interno dell'azienda   
all'entrata del capannone   
in una piazzola di carico

5.5 Si effettua la quarantena per animali di nuova introduzione? [SI] [NO]

5.6 Esiste una zona in azienda destinata alla disinfezione degli automezzi? [SI] [NO]

5.7 Tutto pieno-tutto vuoto (stalle di sosta, ingrasso e magronaggio) [SI] [NO]

5.8 Presenza di apparecchiature a pressione (pulivapor) [SI] [NO]

5.9 Presenza di materiale monouso (copriabiti, tute, calzari, etc.) [SI] [NO]

5.10 Presenza di disinfettanti [SI] [NO]

specificare quali .....

5.11 Sono possibili contatti con animali selvatici? [SI] [NO]

specificare quali .....

5.12 È stata segnalata o rinvenuta la presenza di zecche (*O. erraticus*)? [SI] [NO]

5.13 Dove sono ricoverate le scrofe da riforma?

Separate nel settore riproduzione

Mescolate con i grassi

Altro

(Specificare): .....

5.14 Il ritiro degli scarti avviene: fuori dell'azienda

all'interno dell'azienda

all'entrata del capannone

in una piazzola di carico

5.15 Il ritiro di carcasse avviene: fuori dell'azienda

all'interno dell'azienda

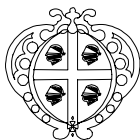
all'entrata del capannone

in una piazzola di carico

5.16 Luogo di raccolta delle deiezioni: Vascone di stoccaggio

Fertirrigazione in campi di proprietà

Fertirrigazione in campi convenzionati



**Altro**   
(specificare): .....

5.17 Modalità di smaltimento dei rifiuti alimentari .....

5.18 L'azienda dispone di mezzi propri per il trasporto di animali? [SI] [NO]

Se SI, specificare il tipo di autoveicolo e la targa: .....

.....

5.19 Il proprietario e/o i familiari e/o i dipendenti hanno rapporti funzionali e/o di parentela con altri allevamenti?

| Nome Cognome | funzione | Contatti con altre aziende recettive |    | Azienda correlata |                          | ASL |
|--------------|----------|--------------------------------------|----|-------------------|--------------------------|-----|
|              |          | si                                   | no | codice            | Indirizzo / proprietario |     |
|              |          |                                      |    |                   |                          |     |
|              |          |                                      |    |                   |                          |     |
|              |          |                                      |    |                   |                          |     |
|              |          |                                      |    |                   |                          |     |

5.20 Allevamenti suinicoli entro il raggio di 1Km

| Denominazione | Codice | Indirizzo/ proprietario | ASL |
|---------------|--------|-------------------------|-----|
|               |        |                         |     |
|               |        |                         |     |
|               |        |                         |     |
|               |        |                         |     |

6. MOVIMENTAZIONI A PARTIRE DALLA DATA DI SOSPETTO DI INTRODUZIONE DELLA MALATTIA

6.1 Persone che hanno frequentato l'azienda negli ultimi 30 giorni

| Nome e qualifica | Recapito | Motivo visita | Data visita |
|------------------|----------|---------------|-------------|
|                  |          |               |             |
|                  |          |               |             |
|                  |          |               |             |
|                  |          |               |             |
|                  |          |               |             |
|                  |          |               |             |



|  |  |  |  |
|--|--|--|--|
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

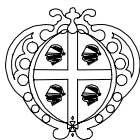
N.B. considerare: persone che effettuano l'ecografia nelle scrofe, negozianti, visitatori, veterinari, fecondatori, squadre di disinfezione etc.

6.2 animali acquistati (negli ultimi 30 giorni)

| Data | Azienda di provenienza |        |           | Numero suini | Ditta trasporto |
|------|------------------------|--------|-----------|--------------|-----------------|
|      | Nome                   | Codice | Indirizzo |              |                 |
|      |                        |        |           |              |                 |
|      |                        |        |           |              |                 |
|      |                        |        |           |              |                 |
|      |                        |        |           |              |                 |
|      |                        |        |           |              |                 |
|      |                        |        |           |              |                 |
|      |                        |        |           |              |                 |
|      |                        |        |           |              |                 |

6.3 Animali venduti (negli ultimi 30 giorni)

| Data | Azienda / macello di destinazione |        |           | Numero suini | Ditta trasporto |
|------|-----------------------------------|--------|-----------|--------------|-----------------|
|      | Nome                              | Codice | Indirizzo |              |                 |
|      |                                   |        |           |              |                 |
|      |                                   |        |           |              |                 |
|      |                                   |        |           |              |                 |
|      |                                   |        |           |              |                 |
|      |                                   |        |           |              |                 |



|  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

## 6.4 Autoveicoli (movimenti negli ultimi 30 giorni)

| Tipo di trasporto | Frequenza e ultima data di accesso | Ditta e suo indirizzo | Targa automezzo* |
|-------------------|------------------------------------|-----------------------|------------------|
| Siero di latte    |                                    |                       |                  |
| Carcasse          |                                    |                       |                  |
| Liquami           |                                    |                       |                  |
| Alimenti          |                                    |                       |                  |
| Scarti            |                                    |                       |                  |
| Derattizzazione   |                                    |                       |                  |
| Altro<br>.....    |                                    |                       |                  |

\* nel caso in cui automezzi diversi eseguano il trasporto di alimenti e del siero di latte, segnalare la targa dell'automezzo che ha eseguito l'ultimo trasporto

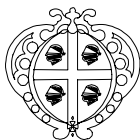
## 7. RIEPILOGO ATTIVITÀ DIAGNOSTICA

7.1 Materiale prelevato:  linfonodi      n° campioni: ..... data: \_\_/\_\_/\_\_\_\_  
 tonsilla      n° campioni: ..... data: \_\_/\_\_/\_\_\_\_  
 rene      n° campioni: ..... data: \_\_/\_\_/\_\_\_\_  
 milza      n° campioni: ..... data: \_\_/\_\_/\_\_\_\_  
 sangue intero n° campioni: ..... data: \_\_/\_\_/\_\_\_\_  
 siero      n° campioni: ..... data: \_\_/\_\_/\_\_\_\_

7.2 Data isolamento virus : \_\_/\_\_/\_\_\_\_ sieropositività: \_\_/\_\_/\_\_\_\_

7.3 Quadro riepilogativo dell'indagine sierologica:

| Categoria suini | Metodica impiegata | Campioni prelevati | Campioni positivi |
|-----------------|--------------------|--------------------|-------------------|
|                 |                    |                    |                   |
|                 |                    |                    |                   |
|                 |                    |                    |                   |



|  |  |  |  |
|--|--|--|--|
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

7.4 Quadro riepilogativo dell'indagine virologica:

| Tipo materiale | Metodica impiegata | Campioni prelevati | Campioni positivi |
|----------------|--------------------|--------------------|-------------------|
|                |                    |                    |                   |
|                |                    |                    |                   |
|                |                    |                    |                   |
|                |                    |                    |                   |
|                |                    |                    |                   |
|                |                    |                    |                   |
|                |                    |                    |                   |
|                |                    |                    |                   |
|                |                    |                    |                   |

8. ANAMNESI CLINICA

8.1 Data osservazione primi sintomi: \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_

8.2 Nome, cognome e qualifica di chi li ha osservati : .....

8.3 Provenienza degli animali con sintomatologia e descrizione delle lesioni:

.....

.....

.....

.....

.....

8.4 Presumibile inizio della malattia in allevamento: \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_

8.5 Interventi vaccinali e terapeutici negli ultimi 30 gg.:

| Vaccino | Data | Produttore | Operatore |
|---------|------|------------|-----------|
|         |      |            |           |
|         |      |            |           |
|         |      |            |           |

| Farmaco | Data | Via di somministrazione | Operatore |
|---------|------|-------------------------|-----------|
|         |      |                         |           |
|         |      |                         |           |
|         |      |                         |           |

8.6 Esito dell'ultimo Piano nazionale o regionale di monitoraggio sierologico:

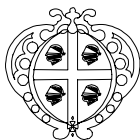
.....

.....

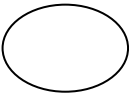



.....

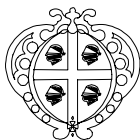
.....





**Allegato n. 21: BOLLATURA SANITARIA DELLE CARNI**

| <b>Tipo di macellazione</b>   | <b>Forma del timbro</b>  | <b>Dimensioni del bollo</b>                      | <b>Diciture riportate e dimensione caratteri</b>             |
|---|--|--|--|
| Carni suine ottenute in mattatoi di cui all'Art. 13 del D. L.vo n. 286/94, <b>idonee</b> all'invio al di fuori del territorio regionale     | <b>Ovale</b><br>          | cm. 6,5 x 4,5                                    | Come indicato nell'Allegato 1, Cap. 11 del D. L.vo n. 286/94 |
| Carni suine ottenute in mattatoi di cui all'Art. 13 del D. L.vo n. 286/94, <b>non idonee</b> all'invio al di fuori del territorio regionale | <b> Rettangolare</b><br>  | cm. 6,5 x 4,5 (adulti)<br>cm. 4 x 3 (lattinzoli) | Come indicato nell'Allegato 1, Cap. 11 del D. L.vo n. 286/94 |
| Mattatoi a capacità limitata  | <b> Rettangolare</b><br> | cm. 6 x 4  | - ASL N. ____<br>- N. riconoscimento<br>- Regione Sardegna   |
| Macellazione familiare  | <b>Rotonda</b><br>      | cm. 3,5  | - ASL N. ____<br>- Macellazione familiare                    |



## Allegato n. 22: SCHEDA PER L'INVIO DI CAMPIONI PRELEVATI DA CINGHIALI

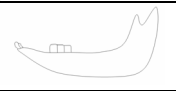
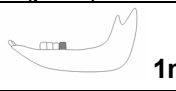

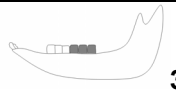
COMUNE \_\_\_\_\_ LOCALITA' \_\_\_\_\_

COMPAGNIA DI CACCIA \_\_\_\_\_ RESPONSABILE SIG. \_\_\_\_\_

Giornata di caccia (data): \_\_\_\_\_

|    | N. acc.<br>IZS | Età (mesi)*                  |                               |                                |                              | Sesso                      |   | Tipo Campione                   |                                |
|----|----------------|------------------------------|-------------------------------|--------------------------------|------------------------------|----------------------------|---|---------------------------------|--------------------------------|
|    |                | 0 molari                     | 1molare                       | 2molari                        | 3 molari                     | M <input type="checkbox"/> | -----   | Sangue <input type="checkbox"/> | Milza <input type="checkbox"/> |
| 1  |                | 0-6 <input type="checkbox"/> | 6-18 <input type="checkbox"/> | 18-30 <input type="checkbox"/> | >30 <input type="checkbox"/> | M <input type="checkbox"/> | -----   | Sangue <input type="checkbox"/> | Milza <input type="checkbox"/> |
|    |                |                              |                               |                                |                              | F <input type="checkbox"/> | Gravida <input type="checkbox"/><br>N.feti: _____ |                                 |                                |
| 2  |                | 0-6 <input type="checkbox"/> | 6-18 <input type="checkbox"/> | 18-30 <input type="checkbox"/> | >30 <input type="checkbox"/> | M <input type="checkbox"/> | -----   | Sangue <input type="checkbox"/> | Milza <input type="checkbox"/> |
|    |                |                              |                               |                                |                              | F <input type="checkbox"/> | Gravida <input type="checkbox"/><br>N.feti: _____ |                                 |                                |
| 3  |                | 0-6 <input type="checkbox"/> | 6-18 <input type="checkbox"/> | 18-30 <input type="checkbox"/> | >30 <input type="checkbox"/> | M <input type="checkbox"/> | -----   | Sangue <input type="checkbox"/> | Milza <input type="checkbox"/> |
|    |                |                              |                               |                                |                              | F <input type="checkbox"/> | Gravida <input type="checkbox"/><br>N.feti: _____ |                                 |                                |
| 4  |                | 0-6 <input type="checkbox"/> | 6-18 <input type="checkbox"/> | 18-30 <input type="checkbox"/> | >30 <input type="checkbox"/> | M <input type="checkbox"/> | -----   | Sangue <input type="checkbox"/> | Milza <input type="checkbox"/> |
|    |                |                              |                               |                                |                              | F <input type="checkbox"/> | Gravida <input type="checkbox"/><br>N.feti: _____ |                                 |                                |
| 5  |                | 0-6 <input type="checkbox"/> | 6-18 <input type="checkbox"/> | 18-30 <input type="checkbox"/> | >30 <input type="checkbox"/> | M <input type="checkbox"/> | -----   | Sangue <input type="checkbox"/> | Milza <input type="checkbox"/> |
|    |                |                              |                               |                                |                              | F <input type="checkbox"/> | Gravida <input type="checkbox"/><br>N.feti: _____ |                                 |                                |
| 6  |                | 0-6 <input type="checkbox"/> | 6-18 <input type="checkbox"/> | 18-30 <input type="checkbox"/> | >30 <input type="checkbox"/> | M <input type="checkbox"/> | -----   | Sangue <input type="checkbox"/> | Milza <input type="checkbox"/> |
|    |                |                              |                               |                                |                              | F <input type="checkbox"/> | Gravida <input type="checkbox"/><br>N.feti: _____ |                                 |                                |
| 7  |                | 0-6 <input type="checkbox"/> | 6-18 <input type="checkbox"/> | 18-30 <input type="checkbox"/> | >30 <input type="checkbox"/> | M <input type="checkbox"/> | -----   | Sangue <input type="checkbox"/> | Milza <input type="checkbox"/> |
|    |                |                              |                               |                                |                              | F <input type="checkbox"/> | Gravida <input type="checkbox"/><br>N.feti: _____ |                                 |                                |
| 8  |                | 0-6 <input type="checkbox"/> | 6-18 <input type="checkbox"/> | 18-30 <input type="checkbox"/> | >30 <input type="checkbox"/> | M <input type="checkbox"/> | -----   | Sangue <input type="checkbox"/> | Milza <input type="checkbox"/> |
|    |                |                              |                               |                                |                              | F <input type="checkbox"/> | Gravida <input type="checkbox"/><br>N.feti: _____ |                                 |                                |
| 8  |                | 0-6 <input type="checkbox"/> | 6-18 <input type="checkbox"/> | 18-30 <input type="checkbox"/> | >30 <input type="checkbox"/> | M <input type="checkbox"/> | -----   | Sangue <input type="checkbox"/> | Milza <input type="checkbox"/> |
|    |                |                              |                               |                                |                              | F <input type="checkbox"/> | Gravida <input type="checkbox"/><br>N.feti: _____ |                                 |                                |
| 10 |                | 0-6 <input type="checkbox"/> | 6-18 <input type="checkbox"/> | 18-30 <input type="checkbox"/> | >30 <input type="checkbox"/> | M <input type="checkbox"/> | -----   | Sangue <input type="checkbox"/> | Milza <input type="checkbox"/> |
|    |                |                              |                               |                                |                              | F <input type="checkbox"/> | Gravida <input type="checkbox"/><br>N.feti: _____ |                                 |                                |

\* Per la determinazione dell'età rilevare sulla mandibola il numero di molari; tali denti, che in senso antero-posteriore occupano le posizioni dal 4° al 6° posto, si distinguono per avere due file di cuspidi (punte).

|   |  |   |                                |
|---|--|---|--------------------------------|
|  | <b>0 molari (solo premolari): 0-6 mesi</b> |  | <b>1 molare: 6-18 mesi</b>     |
|  | <b>2molari: 18-30 mesi</b>                 |  | <b>3 molari: oltre 30 mesi</b> |

Data: \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

Il Veterinario Ufficiale (timbro e firma)

**Allegato n. 23: INDAGINE EPIDEMIOLOGICA PER SUINI SELVATICI**

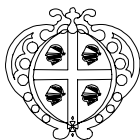
|                                  |  |
|----------------------------------|--|
| <b>STATO</b>                     | <b>ITALIA</b>  |
| ASL N. _____ DISTRETTO DI _____  |  |
| COMUNE                           | LOCALITA'  |
| COORDINATE GEOGRAFICHE           | LAT. _____ LONG. _____ ALT. _____  |
| MISURE DI RESTRIZIONE IN ATTO    | <input type="checkbox"/> ZONA INFETTA –<br><input type="checkbox"/> ZONA DI SORVEGLIANZA –<br><input type="checkbox"/> ZONA DI PROTEZIONE  |
| VACCINAZIONI PRATICATE           | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO  |
| IDENTIFICAZIONE CINGHIALE*       | N. ACCETTAZIONE _____ Progr. SCHEDA N. _____   |
| DATA DELL'UCCISIONE/RITROVAMENTO |  |
| CARCASSA:                        | <input type="checkbox"/> 1 = UCCISO <input type="checkbox"/> 2 = TROVATO MORTO<br><input type="checkbox"/> 3 = TROVATO MALATO <input type="checkbox"/> 4 = INVESTIMENTO                                    |
| ETA'                             | <input type="checkbox"/> 1 = 0-6 MESI (0 molari) <input type="checkbox"/> 2 = 6-18 MESI (1 molare)<br><input type="checkbox"/> 3 = 18-30 MESI (2 molari) <input type="checkbox"/> 4 = > 30 MESI (3 molari) |
| SESSO                            | <input type="checkbox"/> FEMMINA <input type="checkbox"/> MASCHIO  |
| ESAME VIROLOGICO                 | <input type="checkbox"/> 1 = negativo <input type="checkbox"/> 2 = positivo <input type="checkbox"/> 3 = non eseguibile  |
| TEST UTILIZZATO                  | <input type="checkbox"/> 1 = AG-ELISA <input type="checkbox"/> 2 = IF <input type="checkbox"/> 3 = Isolamento virale<br><input type="checkbox"/> 4 = PCR   |
| ESAME SIEROLOGICO                | <input type="checkbox"/> 1 = negativo <input type="checkbox"/> 2 = positivo <input type="checkbox"/> 3 = non eseguibile  |
| TEST UTILIZZATO                  | <input type="checkbox"/> 1 = ELISA <input type="checkbox"/> 2 = SIERONEUTRALIZZAZIONE  |
| CONFERMA DI FOCOLAIO             | <input type="checkbox"/> 1 = confermato <input type="checkbox"/> 2 = non confermato  |

\* Ogni cinghiale deve essere identificato mediante il n. di accettazione assegnato al campione dall'IZS e dal n. progressivo (da 1 a 10) che risulta nella scheda di accompagnamento inviata insieme al campione.

Data

Il Veterinario Ufficiale

---



**Allegato n. 24: SCHEMA DI REGOLAMENTAZIONE DEL PASCOLO COMUNALE**

**COMUNE DI \_\_\_\_\_ PROVINCIA DI \_\_\_\_\_**

**PROT N. \_\_\_\_\_**

**DEL \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_**

**OGGETTO: Richiesta autorizzazione per la concessione del pascolo di suini all'interno del territorio demaniale**

All' Assessorato Regionale all'Igiene e Sanità e Assistenza Sociale  
Servizio Prevenzione

Questa Amministrazione intende concedere una parte del territorio comunale in usufrutto per il pascolo dei suini, regolamentandolo come segue:

**Appezamenti di terreno**

n. \_\_\_\_ appezzamenti di circa \_\_\_\_\_ metri quadrati ciascuno, numerati e indicati nella mappa allegata.

**Recinzioni degli appezzamenti**

Muretti a secco  Rete metallica  Doppia rete metallica  Recinto elettrico  Altro (specificare) \_\_\_\_\_

**Numero massimo di suini ammesso per ogni appezzamento:**

Riproduttori: \_\_\_\_\_  Ingrassio: \_\_\_\_\_  Lattonzoli: \_\_\_\_\_  Totale: \_\_\_\_\_

**Periodo durante il quale è concesso l'utilizzo del territorio comunale:**

Dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

**Personale incaricato della vigilanza sul corretto utilizzo del pascolo**

1) \_\_\_\_\_ 2) \_\_\_\_\_ 3) \_\_\_\_\_

**Frequenza degli interventi di vigilanza prevista:**

1) \_\_\_\_\_ 2) \_\_\_\_\_ 3) \_\_\_\_\_

Il Sindaco

\_\_\_\_\_

\*\*\*\*\*

Spazio riservato al Servizio Veterinario dell'Azienda USL competente

Visto, lo schema di regolamentazione proposto appare adeguato a garantire un accettabile livello di sicurezza, in considerazione del rischio sanitario esistente.

Il Veterinario Ufficiale

\_\_\_\_\_



Regione Autonoma della Sardegna

Decreto n. .... / ..... Allegati

**Allegato n. 25: SCHEMA DI CERTIFICAZIONE SANITARIA PER L'AMMISSIONE AL PASCOLO COMUNALE**

|  |             |           |  |
|--|-------------|-----------|--|
| <b>AZIENDA U.S.L. N° _____ DI _____</b>      |             |           |  |
| <b>SERVIZIO VETERINARIO – SANITÀ ANIMALE</b> |             |           |  |
| Indirizzo _____                              | tel. _____  | fax _____ |  |
| Cellulare _____                              | Email _____ |           |  |

Al Sindaco del Comune di \_\_\_\_\_

**OGGETTO: Controlli sanitari su gruppo di suini destinato all'introduzione nel pascolo comunale**

In riferimento alla richiesta del Sig. \_\_\_\_\_, proprietario/detentore dell'allevamento suinicolo con codice aziendale \_\_\_\_\_, sito in località \_\_\_\_\_ del Comune di \_\_\_\_\_ sono stati controllati N. \_\_\_\_\_ suini, per i quali è stata fatta la richiesta stessa.

L'allevamento è in regola con le prescrizioni sanitarie contenute nel piano di eradicazione delle pesti suine, ed è stato sottoposto con esito favorevole a prelievi di sangue in data \_\_\_\_\_.

Gli animali non presentano sintomi riferibili a malattie infettive contagiose.

Per quanto sopra si esprime parere favorevole riguardo la richiesta in oggetto.

\_\_\_\_\_ li \_\_\_\_\_

Il Veterinario Ufficiale (timbro e firma)

\_\_\_\_\_



**Allegato n. 26: SCHEMA DI CERTIFICATO DI DISINFEZIONE AUTOMEZZI**

**REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA**

**AZIENDA U.S.L. N° \_\_\_\_ DI \_\_\_\_\_**

**SERVIZIO VETERINARIO**

Indirizzo \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_ fax \_\_\_\_\_

**CERTIFICATO DI DISINFEZIONE DEI MEZZI PER IL TRASPORTO BESTIAME**

Si certifica che l'automezzo con targa \_\_\_\_\_, condotto dal Sig. \_\_\_\_\_, è stato lavato e disinfettato presso:

L'azienda \_\_\_\_\_ cod. aziendale \_\_\_\_\_ località \_\_\_\_\_  
Comune \_\_\_\_\_

Il mattatoio \_\_\_\_\_ località \_\_\_\_\_ Comune \_\_\_\_\_

Il punto di disinfezione autorizzato \_\_\_\_\_  
località \_\_\_\_\_ Comune \_\_\_\_\_ N. di autorizzazione \_\_\_\_\_

Disinfettante utilizzato: \_\_\_\_\_

Lotto n. \_\_\_\_\_ Scadenza \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ li \_\_\_\_\_

Il veterinario Ufficiale (timbro e firma)

\_\_\_\_\_



**Allegato n. 27: SCHEMA DI TIPOLOGIA DI CONTROLLO NEGLI AGRITURISMO**

|  |            |           |
|--|------------|-----------|
| <b>REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA</b> |            |           |
| AZIENDA U.S.L. N° ____ DI _____        |            |           |
| <b>SERVIZIO VETERINARIO</b>            |            |           |
| Indirizzo _____                        | tel. _____ | fax _____ |

**AGRITURISMO**

|  |                                     |  |                               |
|--|-------------------------------------|--|-------------------------------|
| <b>Denominazione azienda :</b>   |                                     | <b>Legale Rappresentante :</b>                   |                               |
| <b>Località / Via :</b>  |                                     | <b>Comune :</b>                                  |                               |
| <b>Coordinate geografiche: LAT.</b> _____  |                                     | <b>LONG.</b> _____                               |                               |
| <b>ALT.</b> _____  |                                     |  |                               |
| <b>Animali allevati :</b>  | <input type="checkbox"/> Bovini n.  | <input type="checkbox"/> Ovini n.                |                               |
|  | <input type="checkbox"/> Suini n.   | <input type="checkbox"/> Caprini n.              |                               |
|  | <input type="checkbox"/> Equini n.  | <input type="checkbox"/> Conigli n.              |                               |
|  | <input type="checkbox"/> Avicoli n. | <input type="checkbox"/> Selvaggina n.           |                               |
|  |                                     |  |                               |
| <b>Presenza macello :</b><br><input type="checkbox"/> <b>Si</b> <input type="checkbox"/> <b>No</b>                 |                                     | <b>Provenienza carni foranee<sup>(2)</sup> :</b> |                               |
| <b>Preparazione insaccati suini :</b><br><br><input type="checkbox"/> <b>Si</b> <input type="checkbox"/> <b>No</b> | <b>Tipologia</b>                    |  | <b>Presenti al momento Kg</b> |
|  |                                     |  |                               |
|  |                                     |  |                               |
|  |                                     |  |                               |
| <b>Carni stoccate in frigo / freezer :</b>   |                                     |  |                               |
| <b>Tipologia</b>   | <b>Kg</b>                           | <b>Provenienza</b>                               | <b>Documento commerciale</b>  |
|  |                                     |  |                               |
|  |                                     |  |                               |
|  |                                     |  |                               |

NOTE:

---



---



---



---



---



---



---



---

\_\_\_\_\_, li \_\_\_\_\_

Il Veterinario Ufficiale (timbro e firma)

\_\_\_\_\_



Regione Autonoma della Sardegna

Decreto n. .... / ..... Allegati

**Allegato n. 28: CERTIFICAZIONE SANITARIA PER LE CARNI SUINE IDONEE ALL'INVIO AL DI FUORI DEL TERRITORIO REGIONALE**

**REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA**

**AZIENDA U.S.L. N° \_\_\_\_ DI \_\_\_\_\_**

**SERVIZIO VETERINARIO**

Indirizzo \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_ fax \_\_\_\_\_

**Informazioni sanitarie**

Certificato n. \_\_\_\_\_ Numero di riferimento locale \_\_\_\_\_

Il sottoscritto, Veterinario Ufficiale, certifica che le carni a seguito descritte:

Attestato di polizia sanitaria

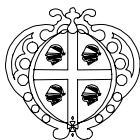
Provengono da un impianto di macellazione situato nella regione Sardegna, la quale è sottoposta a restrizioni in seguito alla Peste Suina Africana in accordo con la Decisione 2005/363, e sono conformi ai requisiti dell'Articolo 5 della Decisione stessa.

Nome (in stampatello) \_\_\_\_\_ Qualifica e titolo \_\_\_\_\_

N. della ASL di provenienza \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

Il Veterinario Ufficiale (Timbro e Firma)



Decreto n. .... / ..... Allegati

Regione Autonoma della Sardegna

**Allegato n. 29: CERTIFICAZIONE SANITARIA PER I PRODOTTI A BASE DI CARNI SUINE IDONEI ALL'INVIO  
AL DI FUORI DEL TERRITORIO REGIONALE**

**REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA**

**AZIENDA U.S.L. N° \_\_\_\_\_ DI \_\_\_\_\_**

**SERVIZIO VETERINARIO**

Indirizzo \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_ fax \_\_\_\_\_

**Informazioni sanitarie**

Certificato N. \_\_\_\_\_ Numero di riferimento locale \_\_\_\_\_

Il sottoscritto, Veterinario Ufficiale, certifica che i prodotti di carne a seguito descritti:

(Attestazione sanitaria)

Provengono da uno stabilimento situato nella regione Sardegna, la quale è sottoposta a restrizioni in seguito alla Peste Suina Africana in accordo con la Decisione 2005/363, e sono conformi ai requisiti dell'Articolo 5 della Decisione stessa.

Nome (in stampatello) \_\_\_\_\_ Qualifica e titolo \_\_\_\_\_

N. della ASL di provenienza \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

Il Veterinario Ufficiale (Timbro e Firma)