



REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

ASSESSORATO DELL'IGIENE E SANITA' E DELL'ASSISTENZA SOCIALE

ALLEGATO 2

SCHEMA RILEVAMENTO DI PROFILASSI DIRETTA

Az. U.S.L.

Comune:

Allevatore:

Cod. Az.:

Periodo di riferimento:

Specie	Bovina	Ovina	Caprina	Suina	Equina
N° capi					

ATTIVITA'

BONIFICA ZONE UMIDE :

- | | | |
|-------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| 1) Asportazione fango | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| 2) Livellamento terreno | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| 3) Rivoltamento terreno | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |

MANUTENZIONE STRUTTURE AZIENDALI:

- | | | |
|----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| 1) Abbeveratoi | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| 2) Canali deflusso liquami | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| 3) Pavimentazione recinti | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |

UTILIZZO MATERIALI NATURALI:

- | | | |
|----------|-----------------------------|-----------------------------|
| 1) Calce | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
|----------|-----------------------------|-----------------------------|

UTILIZZO SOSTANZE CHIMICHE:

- | | | |
|---------------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| 1) Disinfestazione dei ricoveri | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| 2) Insetticida- repellente | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |

Il Veterinario Ufficiale

(Timbro e firma) _____

DATA _____