

**MODELLO 1**  
**(con marca da bollo € 16,00)**

A Regione Basilicata  
Dipartimento Politiche Agricole e Forestali  
Ufficio Zootecnia, Zoosanità e  
Valorizzazione delle Produzioni  
Via V. Verrastro, 10  
POTENZA

**OGGETTO: D. Lgs 11 maggio 2018 n. 52 e D.M. 19 luglio 2000 n. 403.**  
**Domanda di autorizzazione all'impiego in monta naturale privata di tori bufalini non iscritti ai libri genealogici.**

Il sottoscritto

Cognome e Nome			
Data di nascita	Comune di nascita		Provincia
Comune di residenza	Indirizzo	C.A.P.	Provincia
n. telefono	Partita I.V.A./Cod. fisc.		

Nella sua qualità di legale rappresentante / titolare della Ditta

Ragione sociale		Codice aziendale anagrafe
Sede legale in	Indirizzo	Provincia
n. telefono	e_mail	n. fax
Sede amministrativa in	Indirizzo	Provincia
n. telefono	e_mail	n. fax
Partita I.V.A.		

consapevole delle conseguenze previste, in caso di dichiarazioni non veritiere, dagli artt. 75 e 76 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000:

**CHIEDE**

di ottenere l'abilitazione alla riproduzione del sottoindicato/i toro/i bufalino/i ai sensi della normativa in oggetto.

Razza	Nome	n. identificazione anagrafe nazionale	Nato il	Padre	Madre

Il/i suddetto/i riproduttore/i sarà presentato alla apposita commissione, secondo quanto stabilito dalla normativa in oggetto, nel Comune di .....  
in provincia di ..... dove il/i medesimo/i funzionerà presso l'allevamento del  
Sig. .... Codice Aziendale Anagrafe (DPR 317/96) .....

### SI IMPEGNA

- a registrare tutti gli atti fecondativi effettuati in un apposito registro aziendale che deve contenere il codice attribuito all'azienda, la data di monta e il codice identificativo del riproduttore bufalino;
- a riportare nel registro aziendale, in caso di monta brada, al posto della data di monta, le date di entrata e di uscita del maschio o della fattrice dal gruppo di monta, nonché i codici identificativi di tutti i maschi inclusi nel gruppo di monta medesimo;
- a rilasciare un certificato d'intervento fecondativo per le bufale gravide vendute;
- a conservare i moduli degli avvenuti interventi fecondativi per i due anni successivi a quello di riferimento;

### ALLEGA

- a) la certificazione sanitaria dell'Azienda Sanitaria di ..... competente per territorio, attestante il possesso dei requisiti sanitari prescritti dalla normativa vigente;
- b) la ricevuta del versamento di € 25,00 effettuato a copertura delle spese di istruttoria della domanda e sopralluogo effettuato sul c/c postale 00218859 intestato alla Regione Basilicata – Potenza – Servizio di Tesoreria - causale D. Lgs 52/2018 per le spese di esame della domanda e relativo sopralluogo.

Dichiaro di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 10 della legge 675/96 e D. Lgs n. 196/03 (legge sulla privacy), che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, nell'ambito delle Strutture preposte della Giunta Regionale della Basilicata, per le finalità di gestione della normativa di riferimento.

Luogo e data

.....

Firma

.....