

Spett.  
Agenzia di Tutela della Salute  
di .....  
Distretto Veterinario  
di \_\_\_\_\_

Oggetto: Domanda di autorizzazione ai controlli di sorveglianza per Anemia Infettiva Equina ai sensi della nota del Ministero della Salute prot. 27107-10/09/2024

Il sottoscritto Dr. ...., codice fiscale....., iscritto all'Albo dell'Ordine dei Medici Veterinari di..... n. .... chiede di essere autorizzato ad effettuare i prelievi per il controllo sierologico dell'anemia infettiva impegnandosi al rispetto delle seguenti modalità operative:

- Effettuare campionamento esclusivamente su equidi identificati in conformità alla normativa vigente e nel rispetto delle indicazioni operative di cui alla nota del Ministero della Salute prot. 27107-10/09/2024;
- compilare il modulo A allegato alla nota del Ministero della Salute prot. 27107-10/09/2024, in triplice copia e trasmetterne una copia al Distretto Veterinario territorialmente competente, anche per via telematica; una copia accompagnerà i campioni all'Istituto Zooprofilattico Sperimentale\* e una copia sarà conservata agli atti del medico veterinario prelevatore;
- segnalare tempestivamente al Distretto veterinario competente gli esiti dei controlli sierologici non favorevoli, eventuali irregolarità nell'identificazione del capo o, ai sensi e in osservanza alle modalità del decreto Legislativo 136/2022 articolo 6, il sospetto della malattia
- consegnare al Distretto veterinario competente, direttamente o per il tramite dell'operatore/proprietario, il documento unico identificativo a vita (SLID) dell'equide, ai fini della registrazione degli esiti delle analisi campionamento, che è competenza esclusiva del veterinario ufficiale dell'Agenzia di Tutela della Salute.

Data.....  
Indirizzo residenza .....  
Tel.....  
Mail .....  
Pec.....

\*in caso di primo conferimento ad IZSLER a seguito della presente autorizzazione, è necessario compilare apposita modulistica IZSLER per i dati di fatturazione.

**Informativa ai sensi del Regolamento UE 679/2016:**

I dati da Lei forniti verranno trattati per le finalità connesse al presente modulo e non saranno soggetti a comunicazione.  
Il/La Sottoscritto/a dichiara di aver preso visione dell'informativa privacy consultabile sul sito <https://www.ats-brescia.it/privacy> e preso atto dei diritti esercitabili di cui al capo III del Regolamento citato, anche attraverso le modalità di cui al Regolamento aziendale consultabile sul sito <https://www.ats-brescia.it/esercizio-dei-diritti-degli-interessati-privacy>.

In fede

FIRMA / timbro