

**CERTIFICATO DI IDONEITA' PER L'ATTIVITA' SPORTIVA
DEL CAVALLO ATLETA**

Data / /

(ai sensi del D.Lgs. 28 febbraio 2021 nr. 36 e ss. mm.)

Identificazione

Nome dell'equide: _____

N° Microchip Transponder:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Codice Unico (UELN) N°:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

N° del documento identificativo dell'animale:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Identificazione del medico veterinario

Nome e cognome _____

Codice fiscale

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Iscritto all'ordine di: _____ N°: _____

Operatore responsabile del cavallo che ha richiesto la visita e fornito i dati di cui all'allegato 2

Nome e cognome _____ nato a _____ il _____

Codice fiscale

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Destinazione all'attività agonistica dell'equide SI NO;

Principali attività sportive nelle quali l'equide è impiegato _____

Il cavallo atleta esaminato è ritenuto idoneo all'attività sportiva. Il presente certificato, emesso sulla base delle attuali condizioni di salute del cavallo, ha la validità di mesi _____ (max 12 mesi) a partire dalla data odierna.

Eventuali note e/o prescrizioni (inserire ad es. eventuali limitazioni di cui all'art. 3, comma 6 del D.M.):

Timbro e firma leggibili del medico veterinario:

