

**S.C. SANITA' ANIMALE – AREA A**

Alla ASL TO3  
Dipartimento di Prevenzione  
SC Sanità animale - AREA A  
Distretto di \_\_\_\_\_

Oggetto: **RICHIESTA EFFETTUAZIONE PROVE DIAGNOSTICHE SU EQUINI  
RIPRODUTTORI MASCHI AI FINI DELLA RIPRODUZIONE ANIMALE**

Il sottoscritto Sig. \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_  
proprietario/detentore dello stallone (nome) \_\_\_\_\_ nato il (anno) \_\_\_\_\_ razza  
\_\_\_\_\_ N° passaporto \_\_\_\_\_ N° microchip \_\_\_\_\_  
presente nell'allevamento/scuderia COD \_\_\_\_\_ sito in \_\_\_\_\_ Via  
\_\_\_\_\_ N° telefono \_\_\_\_\_ operante nella stazione di  
monta sita in \_\_\_\_\_ autorizzata con N° \_\_\_\_\_  
chiede, che detto stallone venga sottoposto ai test diagnostici previsti dalla legislazione vigente per  
poterlo adibire per la stagione di monta 20\_\_ /20\_\_ alla :

- Monta naturale
- Utilizzo in F.A. con seme fresco, refrigerato, congelato

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ si impegna a mantenere separato lo stallone da altri  
equini presenti in allevamento/scuderia privi degli stessi requisiti sanitari.  
N° cellulare per contatti più immediati: \_\_\_\_\_

Distinti saluti

\_\_\_\_\_

Ai fini degli accertamenti diagnostici previsti, si /non si allega certificato veterinario di avvenuta  
vaccinazione per Rinopolmonite con data, tipo e lotto di vaccino utilizzato (cui dovrà far seguito il  
mod. 12 come previsto dal R.P.V. da parte del Veterinario che ha vaccinato l'animale).