

MODULO AUTOCERTIFICAZIONE PER ATTIVITA' DI DEPOPOLAMENTO

 Alla ATCSV1
 Via Balocco 7r

OGGETTO: AUTOCERTIFICAZIONE

Consapevole delle sanzioni penali, in caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, il sottoscritto dichiara (ai sensi dell'art 47 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445):

Il sottoscritto nato a il, residente nel
 Comune di in domiciliato nel Comune di
 in tel. fisso:

Cell.: Mail:

DICHIARA

Di essere consapevole delle disposizioni contenute nell'Ordinanza Commissariale n.2/2023 "Indicazioni per l'attuazione delle misure di controllo ed eradicazione della Peste Suina Africana" e pertanto:

- Di non detenere suini o lavorare a contatto con gli stessi
- Di aver partecipato al corso dell'IZSPLV previsto dall'ordinanza o di essere stato informato da un operatore formato della squadra di caccia al cinghiale n.
- Di seguire tutte le norme e indicazioni riguardanti la biosicurezza per evitare la diffusione della PSA.

Se il cinghiale sarà abbattuto in zona di restrizione I

- di destinare il/i capo/i cacciato/i esclusivamente al ristretto ed esclusivo ambito del proprio nucleo familiare (autoconsumo) all'interno delle zone di restrizione e solo se risultato/i negativo/i ai test di laboratorio per ricerca del virus PSA.
- Di NON cedere (anche a titolo gratuito) le carni al di fuori del nucleo familiare
- Di NON svolgere alcun tipo di commercio e/o cessione diretta presso esercizi commerciali / ristorazione.
- Di NON consumare le carni fino a comunicazione di esito FAVOREVOLE ai test di laboratorio per la ricerca della Trichina
- Che le carni ottenute saranno depositate nel/i domicilio/i sotto indicato/i del proprio nucleo familiare

Se il cinghiale sarà abbattuto in zona di restrizione II

- il capo cacciato sarà prelevato dall'ASL2 per le analisi e per lo smaltimento.

Di essere un **operatore formato** dal corso biosicurezza IZSPLV e/o AASSLL

Di essere **operatore informato** tramite l'operatore formato

Di essere **in regola con il porto di fucile in corso di validità**

Di possedere assicurazione **in corso di validità**

I dati di cui alla presente nota sono trattati nel rispetto delle norme sulla tutela della privacy. Il trattamento dei dati avverrà nel rigoroso rispetto del Regolamento Europeo 2016/679 e relative norme di armonizzazione. Le informazioni qui contenute potranno essere trasmesse alla Regione Liguria e all'ASL2 se richiesto.

Ai sensi dell'art 38 del DPR 28.12.2000 n° 445, alla dichiarazione deve essere allegata insieme alla fotocopia, non autenticata, di un **documento di identità** del dichiarante:

Luogo, data,/...../..... Firma

L'operatore formato: cognome..... nome:

Luogo e data di nascita attesta di aver informato adeguatamente il cacciatore circa le norme e le indicazioni riguardanti la biosicurezza per evitare la diffusione della PSA..

Luogo data firma.....