

REGIONE CAMPANIA – FORM AAA

Oggetto: Autocertificazione

Il sottoscritto (nome) \_\_\_\_\_  
(cognome) \_\_\_\_\_  
nato a (nazione) \_\_\_\_\_ (provincia) \_\_\_\_\_  
(comune) \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
e residente in (nazione) \_\_\_\_\_ (provincia) \_\_\_\_\_  
(comune) \_\_\_\_\_  
alla via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
CAP \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_  
domicilio digitale \_\_\_\_\_

AUTOCERTIFICA

- di essere laureato in medicina veterinaria  
 di essere iscritto all'Ordine dei Medici Veterinari della Provincia di \_\_\_\_\_  
 di essere stato designato come direttore sanitario veterinario del centro specializzato in IAA  
con animali residenti sito nel Comune di \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ alla via \_\_\_\_\_ n \_\_\_\_\_  
CAP \_\_\_\_\_ condotto da \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Il sottoscritto dichiara:

- di essere consapevole che le dichiarazioni false, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi comportano l'applicazione delle sanzioni penali previste dagli art. 75 e 76 del D.P.R. 445/2000
- di essere informato ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 del Dlgs 196/03 che i dati personali raccolti, anche con strumenti informatici, saranno trattati esclusivamente nell'ambito del sistema dei controlli ufficiali effettuati dall'Autorità Competente e dagli altri Enti preposti.

\_\_\_\_\_, li \_\_\_\_\_

FIRMA

REGIONE CAMPANIA – FORM B

Oggetto: Autocertificazione

Il sottoscritto (nome) \_\_\_\_\_  
(cognome) \_\_\_\_\_  
nato a (nazione) \_\_\_\_\_ (provincia) \_\_\_\_\_  
(comune) \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
e residente in (nazione) \_\_\_\_\_ (provincia) \_\_\_\_\_  
(comune) \_\_\_\_\_  
alla via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
CAP \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_  
domicilio digitale \_\_\_\_\_

AUTOCERTIFICA

- di essere laureato in medicina veterinaria  
 di essere iscritto all'Ordine dei Medici Veterinari della Provincia di \_\_\_\_\_  
 di assumere la responsabilità della scorta di farmaci veterinari detenuti presso :  
 allevamento di animali destinati alla produzione di alimenti (DPA)  
 concentramento di animali non destinati alla produzione di alimenti (NON DPA)

sito nel Comune di \_\_\_\_\_  
alla via \_\_\_\_\_ n \_\_\_\_\_  
CAP \_\_\_\_\_ condotto da \_\_\_\_\_

Il sottoscritto dichiara:

- di essere consapevole che le dichiarazioni false, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi comportano l'applicazione delle sanzioni penali previste dagli art. 75 e 76 del D.P.R. 445/2000
- di essere informato ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 del Dlgs 196/03 che i dati personali raccolti, anche con strumenti informatici, saranno trattati esclusivamente nell'ambito del sistema dei controlli ufficiali effettuati dall'Autorità Competente e dagli altri Enti preposti.

\_\_\_\_\_, lì \_\_\_\_\_

FIRMA

REGIONE CAMPANIA – FORM BBB

Oggetto: Autocertificazione

Il sottoscritto (nome) \_\_\_\_\_  
(cognome) \_\_\_\_\_  
nato a (nazione) \_\_\_\_\_ (provincia) \_\_\_\_\_  
(comune) \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
e residente in (nazione) \_\_\_\_\_ (provincia) \_\_\_\_\_  
(comune) \_\_\_\_\_  
alla via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
CAP \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_  
domicilio digitale \_\_\_\_\_

AUTOCERTIFICA

di essere laureato in \_\_\_\_\_  
 di essere iscritto all'Ordine dei \_\_\_\_\_ della Provincia di \_\_\_\_\_  
 di essere stato designato come direttore sanitario del centro che eroga TAA sito nel Comune  
di \_\_\_\_\_ alla via  
\_\_\_\_\_ n \_\_\_\_\_ CAP  
\_\_\_\_\_ condotto da \_\_\_\_\_

Il sottoscritto dichiara:

- di essere consapevole che le dichiarazioni false, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi comportano l'applicazione delle sanzioni penali previste dagli art. 75 e 76 del D.P.R. 445/2000
- di essere informato ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 del Dlgs 196/03 che i dati personali raccolti, anche con strumenti informatici, saranno trattati esclusivamente nell'ambito del sistema dei controlli ufficiali effettuati dall'Autorità Competente e dagli altri Enti preposti.

\_\_\_\_\_, lì \_\_\_\_\_

FIRMA

REGIONE CAMPANIA –FORM C

Oggetto: Autocertificazione

Il sottoscritto (nome) \_\_\_\_\_  
(cognome) \_\_\_\_\_  
nato a (nazione) \_\_\_\_\_ (provincia) \_\_\_\_\_  
(comune) \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
e residente in (nazione) \_\_\_\_\_ (provincia) \_\_\_\_\_  
(comune) \_\_\_\_\_  
alla via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
CAP \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_  
domicilio digitale \_\_\_\_\_

AUTOCERTIFICA

- ) di assumere la responsabilità del controllo di qualità dello stabilimento che produce AIP sito nel Comune di \_\_\_\_\_  
alla via \_\_\_\_\_  
n. \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ condotto da \_\_\_\_\_
- ) di essere in possesso del diploma di laurea in  farmacia  chimica  chimica e tecnologia farmaceutiche  biologia  medicina  scienze e tecnologia alimentari
- ) di essere iscritto all'Ordine dei \_\_\_\_\_ della provincia di \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ con numero \_\_\_\_\_

Il sottoscritto dichiara:

- di essere consapevole che le dichiarazioni false, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi comportano l'applicazione delle sanzioni penali previste dagli art. 75 e 76 del D.P.R. 445/2000
- di essere informato ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 del Dlgs 196/03 che i dati personali raccolti, anche con strumenti informatici, saranno trattati esclusivamente nell'ambito del sistema dei controlli ufficiali effettuati dall'Autorità Competente e dagli altri Enti preposti.

\_\_\_\_\_, lì \_\_\_\_\_

FIRMA

REGIONE CAMPANIA – FORM BBB

Oggetto: Autocertificazione

Il sottoscritto (nome) \_\_\_\_\_  
(cognome) \_\_\_\_\_  
nato a (nazione) \_\_\_\_\_ (provincia) \_\_\_\_\_  
(comune) \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
e residente in (nazione) \_\_\_\_\_ (provincia) \_\_\_\_\_  
(comune) \_\_\_\_\_ alla  
via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
CAP \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_  
domicilio digitale \_\_\_\_\_

AUTOCERTIFICA

di essere laureato in \_\_\_\_\_  
 di essere iscritto all'Ordine dei \_\_\_\_\_  
 di assumere la responsabilità della corretta applicazione delle radiazioni ionizzanti su alimenti presso lo stabilimento sito nel Comune di \_\_\_\_\_ alla via \_\_\_\_\_ n \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ condotto da \_\_\_\_\_

Il sottoscritto dichiara:

- di essere consapevole che le dichiarazioni false, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi comportano l'applicazione delle sanzioni penali previste dagli art. 75 e 76 del D.P.R. 445/2000
- di essere informato ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 del Dlgs 196/03 che i dati personali raccolti, anche con strumenti informatici, saranno trattati esclusivamente nell'ambito del sistema dei controlli ufficiali effettuati dall'Autorità Competente e dagli altri Enti preposti.

\_\_\_\_\_, lì \_\_\_\_\_

FIRMA

REGIONE CAMPANIA – FORM DDD

Oggetto: Autocertificazione

Il sottoscritto (nome) \_\_\_\_\_  
(cognome) \_\_\_\_\_  
nato a (nazione) \_\_\_\_\_ (provincia) \_\_\_\_\_  
(comune) \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
e residente in (nazione) \_\_\_\_\_ (provincia) \_\_\_\_\_  
(comune) \_\_\_\_\_ alla  
via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
CAP \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_  
domicilio digitale \_\_\_\_\_

AUTOCERTIFICA

di essere laureato in \_\_\_\_\_  
 di essere iscritto all'Ordine dei \_\_\_\_\_  
 di assumere la responsabilità della corretta applicazione delle radiazioni ionizzanti su alimenti presso lo stabilimento sito nel Comune di \_\_\_\_\_ alla via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ condotto da \_\_\_\_\_

Il sottoscritto dichiara:

- di essere consapevole che le dichiarazioni false, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi comportano l'applicazione delle sanzioni penali previste dagli art. 75 e 76 del D.P.R. 445/2000
- di essere informato ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 del Dlgs 196/03 che i dati personali raccolti, anche con strumenti informatici, saranno trattati esclusivamente nell'ambito del sistema dei controlli ufficiali effettuati dall'Autorità Competente e dagli altri Enti preposti.

\_\_\_\_\_, lì \_\_\_\_\_

FIRMA

REGIONE CAMPANIA –FORM EE

Oggetto: Autocertificazione

Il sottoscritto (nome) \_\_\_\_\_  
(cognome) \_\_\_\_\_  
nato a (nazione) \_\_\_\_\_ (provincia) \_\_\_\_\_  
(comune) \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
e residente in (nazione) \_\_\_\_\_ (provincia) \_\_\_\_\_  
(comune) \_\_\_\_\_  
alla via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
CAP \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_  
domicilio digitale \_\_\_\_\_

AUTOCERTIFICA

- ) di assumere la responsabilità sanitaria del magazzino adibito a commercio all'ingrosso di farmaci veterinari  con vendita al dettaglio  senza vendita al dettaglio, sito nel Comune di \_\_\_\_\_  
alla via \_\_\_\_\_ n \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_CAP \_\_\_\_\_ condotto da \_\_\_\_\_
- ) di essere in possesso del diploma di laurea in  farmacia  chimica  chimica e tecnologia farmaceutiche  chimica industriale
- ) di essere iscritto all'Ordine dei \_\_\_\_\_ della provincia di \_\_\_\_\_ con numero \_\_\_\_\_
- ) che non ha riportato condanne penali per truffa o per commercio di medicinali irregolari
- ) che nel caso abbia la responsabilità di più magazzini appartenenti allo stesso titolare, l'attività svolta in ciascun magazzino ha una durata minima di almeno quattro ore giornaliere.

Il sottoscritto dichiara:

- di essere consapevole che le dichiarazioni false, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi comportano l'applicazione delle sanzioni penali previste dagli art. 75 e 76 del D.P.R. 445/2000
- di essere informato ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 del Dlgs 196/03 che i dati personali raccolti, anche con strumenti informatici, saranno trattati esclusivamente nell'ambito del sistema dei controlli ufficiali effettuati dall'Autorità Competente e dagli altri Enti preposti.

\_\_\_\_\_, li \_\_\_\_\_

FIRMA

REGIONE CAMPANIA –FORM FF

Oggetto: Autocertificazione

Il sottoscritto (nome) \_\_\_\_\_  
(cognome) \_\_\_\_\_  
nato a (nazione) \_\_\_\_\_ (provincia) \_\_\_\_\_  
(comune) \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
e residente in (nazione) \_\_\_\_\_ (provincia) \_\_\_\_\_  
(comune) \_\_\_\_\_  
alla via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
CAP \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_  
domicilio digitale \_\_\_\_\_

AUTOCERTIFICA

) di essere laureato in \_\_\_\_\_  
) di assumere la responsabilità dell'attuazione del piano di sorveglianza ex D.L.vo 148/08  
dello stabilimento di \_\_\_\_\_  
sito nel Comune di \_\_\_\_\_  
alla via \_\_\_\_\_ n \_\_\_\_\_  
CAP \_\_\_\_\_ condotto da \_\_\_\_\_

Il sottoscritto dichiara:

- di essere consapevole che le dichiarazioni false, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi comportano l'applicazione delle sanzioni penali previste dagli art. 75 e 76 del D.P.R. 445/2000
- di essere informato ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 del Dlgs 196/03 che i dati personali raccolti, anche con strumenti informatici, saranno trattati esclusivamente nell'ambito del sistema dei controlli ufficiali effettuati dall'Autorità Competente e dagli altri Enti preposti.

\_\_\_\_\_, lì \_\_\_\_\_

FIRMA

REGIONE CAMPANIA –FORMHH

Oggetto: Autocertificazione

Il sottoscritto (nome) \_\_\_\_\_  
(cognome) \_\_\_\_\_  
nato a (nazione) \_\_\_\_\_ (provincia) \_\_\_\_\_  
(comune) \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
e residente in (nazione) \_\_\_\_\_ (provincia) \_\_\_\_\_  
(comune) \_\_\_\_\_  
alla via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
CAP \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_  
domicilio digitale \_\_\_\_\_

AUTOCERTIFICA

- ) di assumere la responsabilità sanitaria della vendita al dettaglio di farmaci veterinari effettuata nel magazzino adibito a commercio all'ingrosso di farmaci veterinari, sito nel Comune di \_\_\_\_\_  
alla via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ condotto da \_\_\_\_\_
- ) di essere in possesso del diploma di laurea in  farmacia  chimica  chimica e tecnologia farmaceutiche  chimica industriale
- ) di essere iscritto all'Ordine dei \_\_\_\_\_ della provincia di \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ con numero \_\_\_\_\_
- ) che non ha riportato condanne penali per truffa o per commercio di medicinali irregolari
- ) che la vendita diretta viene effettuata nei seguenti giorni e orari:  
 lunedì dalle \_\_\_\_\_ alle \_\_\_\_\_ e dalle \_\_\_\_\_ alle \_\_\_\_\_  
 martedì dalle \_\_\_\_\_ alle \_\_\_\_\_ e dalle \_\_\_\_\_ alle \_\_\_\_\_  
 mercoledì dalle \_\_\_\_\_ alle \_\_\_\_\_ e dalle \_\_\_\_\_ alle \_\_\_\_\_  
 giovedì dalle \_\_\_\_\_ alle \_\_\_\_\_ e dalle \_\_\_\_\_ alle \_\_\_\_\_  
 venerdì dalle \_\_\_\_\_ alle \_\_\_\_\_ e dalle \_\_\_\_\_ alle \_\_\_\_\_  
 sabato dalle \_\_\_\_\_ alle \_\_\_\_\_ e dalle \_\_\_\_\_ alle \_\_\_\_\_
- ) di  non avere  responsabilità di altri magazzini; nel caso si abbia la responsabilità di altri magazzini gli orari di vendita al dettaglio effettuati presso questi ultimi sono i seguenti:  
 lunedì dalle \_\_\_\_\_ alle \_\_\_\_\_ e dalle \_\_\_\_\_ alle \_\_\_\_\_ presso il magazzino sito in \_\_\_\_\_ alla via \_\_\_\_\_  
 martedì dalle \_\_\_\_\_ alle \_\_\_\_\_ e dalle \_\_\_\_\_ alle \_\_\_\_\_ presso il magazzino sito in \_\_\_\_\_ alla via \_\_\_\_\_  
 mercoledì dalle \_\_\_\_\_ alle \_\_\_\_\_ e dalle \_\_\_\_\_ alle \_\_\_\_\_ presso il magazzino sito in \_\_\_\_\_ alla via \_\_\_\_\_  
 giovedì dalle \_\_\_\_\_ alle \_\_\_\_\_ e dalle \_\_\_\_\_ alle \_\_\_\_\_ presso il magazzino sito in \_\_\_\_\_ alla via \_\_\_\_\_  
 venerdì dalle \_\_\_\_\_ alle \_\_\_\_\_ e dalle \_\_\_\_\_ alle \_\_\_\_\_ presso il magazzino sito in \_\_\_\_\_ alla via \_\_\_\_\_

sabato dalle \_\_\_\_\_ alle \_\_\_\_\_ e dalle \_\_\_\_\_ alle \_\_\_\_\_ presso il magazzino sito in \_\_\_\_\_ alla via \_\_\_\_\_

- ) di essere a conoscenza che nel caso abbia la responsabilità di più magazzini, l'attività può essere svolta in ciascun magazzino solo alla sua presenza.
- ) di essere a conoscenza che l'incarico di farmacista responsabile della vendita diretta presso il magazzino autorizzato e' incompatibile con la figura di direttore o titolare di farmacia

Il sottoscritto dichiara:

- di essere consapevole che le dichiarazioni false, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi comportano l'applicazione delle sanzioni penali previste dagli art. 75 e 76 del D.P.R. 445/2000
- di essere informato ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 del Dlgs 196/03 che i dati personali raccolti, anche con strumenti informatici, saranno trattati esclusivamente nell'ambito del sistema dei controlli ufficiali effettuati dall'Autorità Competente e dagli altri Enti preposti.

\_\_\_\_\_, li \_\_\_\_\_

FIRMA

REGIONE CAMPANIA –FORM MM

Oggetto: Autocertificazione

Il sottoscritto (nome) \_\_\_\_\_  
(cognome) \_\_\_\_\_  
nato a (nazione) \_\_\_\_\_ (provincia) \_\_\_\_\_  
(comune) \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
e residente in (nazione) \_\_\_\_\_ (provincia) \_\_\_\_\_  
(comune) \_\_\_\_\_  
alla via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
CAP \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_  
domicilio digitale \_\_\_\_\_

AUTOCERTIFICA

) di essere laureato in medicina veterinaria  
) di essere iscritto all'Ordine dei Medici Veterinari della Provincia di \_\_\_\_\_  
) di assumere la responsabilità sanitaria della:  
 stazione di inseminazione artificiale equina  
 centro produzione materiale seminale  
 centro di produzione embrioni  
 gruppo di raccolta embrioni  
sito nel Comune di \_\_\_\_\_  
alla via \_\_\_\_\_ n \_\_\_\_\_  
CAP \_\_\_\_\_ condotto da \_\_\_\_\_

Il sottoscritto dichiara:

- di essere consapevole che le dichiarazioni false, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi comportano l'applicazione delle sanzioni penali previste dagli art. 75 e 76 del D.P.R. 445/2000
- di essere informato ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 del Dlgs 196/03 che i dati personali raccolti, anche con strumenti informatici, saranno trattati esclusivamente nell'ambito del sistema dei controlli ufficiali effettuati dall'Autorità Competente e dagli altri Enti preposti.

\_\_\_\_\_, lì \_\_\_\_\_

FIRMA

REGIONE CAMPANIA – FORM N

Oggetto: Autocertificazione

Il sottoscritto (nome) \_\_\_\_\_  
(cognome) \_\_\_\_\_  
nato a (nazione) \_\_\_\_\_ (provincia) \_\_\_\_\_  
(comune) \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
e residente in (nazione) \_\_\_\_\_ (provincia) \_\_\_\_\_  
(comune) \_\_\_\_\_  
alla via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
CAP \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_  
domicilio digitale \_\_\_\_\_

AUTOCERTIFICA

) di essere laureato in medicina veterinaria  
) di essere iscritto all'Ordine dei Medici Veterinari della Provincia di \_\_\_\_\_  
) di assumere la responsabilità sanitaria della:  
 ambulatorio veterinario  
 clinica veterinaria - casa di cura veterinaria  
 ospedale veterinario  
sito nel Comune di \_\_\_\_\_  
alla via \_\_\_\_\_ n \_\_\_\_\_  
CAP \_\_\_\_\_ condotto da \_\_\_\_\_

Il sottoscritto dichiara:

- di essere consapevole che le dichiarazioni false, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi comportano l'applicazione delle sanzioni penali previste dagli art. 75 e 76 del D.P.R. 445/2000
- di essere informato ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 del Dlgs 196/03 che i dati personali raccolti, anche con strumenti informatici, saranno trattati esclusivamente nell'ambito del sistema dei controlli ufficiali effettuati dall'Autorità Competente e dagli altri Enti preposti.

\_\_\_\_\_, li \_\_\_\_\_

FIRMA

REGIONE CAMPANIA –FORM NN

Oggetto: macellazione con rito religioso

Il sottoscritto (nome) \_\_\_\_\_  
(cognome) \_\_\_\_\_  
nato a (nazione) \_\_\_\_\_ (provincia) \_\_\_\_\_  
(comune) \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
e residente in (nazione) \_\_\_\_\_ (provincia) \_\_\_\_\_  
(comune) \_\_\_\_\_ alla  
via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
CAP \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_  
domicilio digitale \_\_\_\_\_

AUTOCERTIFICA

) di essere l’Autorità religiosa  islamica  braica competente per il territorio dove insiste il  
macello sito nel Comune di \_\_\_\_\_  
alla via \_\_\_\_\_  
n. \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ condotto da \_\_\_\_\_

e come tale ha la competenza ad elencare le persone che possono partecipare alla macellazione  
secondo il rito religioso ex art. 4 punto 4 del Reg CE 1099/2009:

1. (nome) \_\_\_\_\_  
(cognome) \_\_\_\_\_  
nato a (nazione) \_\_\_\_\_ (provincia) \_\_\_\_\_  
(comune) \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ e  
residente in (nazione) \_\_\_\_\_ (provincia) \_\_\_\_\_  
(comune) \_\_\_\_\_  
alla via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
CAP \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_  
domicilio digitale \_\_\_\_\_
2. (nome) \_\_\_\_\_  
(cognome) \_\_\_\_\_  
nato a (nazione) \_\_\_\_\_ (provincia) \_\_\_\_\_  
(comune) \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ e  
residente in (nazione) \_\_\_\_\_ (provincia) \_\_\_\_\_  
(comune) \_\_\_\_\_  
alla via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
CAP \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_  
domicilio digitale \_\_\_\_\_
3. (nome) \_\_\_\_\_  
(cognome) \_\_\_\_\_  
nato a (nazione) \_\_\_\_\_ (provincia) \_\_\_\_\_  
(comune) \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ e  
residente in (nazione) \_\_\_\_\_ (provincia) \_\_\_\_\_  
(comune) \_\_\_\_\_  
alla via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

- CAP \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_  
domicilio digitale \_\_\_\_\_
4. (nome) \_\_\_\_\_  
(cognome) \_\_\_\_\_  
nato a (nazione) \_\_\_\_\_ (provincia) \_\_\_\_\_  
(comune) \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ e  
residente in (nazione) \_\_\_\_\_ (provincia) \_\_\_\_\_  
(comune) \_\_\_\_\_  
alla via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
CAP \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_  
domicilio digitale \_\_\_\_\_
5. (nome) \_\_\_\_\_  
(cognome) \_\_\_\_\_  
nato a (nazione) \_\_\_\_\_ (provincia) \_\_\_\_\_  
(comune) \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ e  
residente in (nazione) \_\_\_\_\_ (provincia) \_\_\_\_\_  
(comune) \_\_\_\_\_  
alla via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
CAP \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_  
domicilio digitale \_\_\_\_\_
6. (nome) \_\_\_\_\_  
(cognome) \_\_\_\_\_  
nato a (nazione) \_\_\_\_\_ (provincia) \_\_\_\_\_  
(comune) \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ e  
residente in (nazione) \_\_\_\_\_ (provincia) \_\_\_\_\_  
(comune) \_\_\_\_\_  
alla via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
CAP \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_  
domicilio digitale \_\_\_\_\_

Il sottoscritto dichiara:

- di essere consapevole che le dichiarazioni false, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi comportano l'applicazione delle sanzioni penali previste dagli art. 75 e 76 del D.P.R. 445/2000
- di essere informato ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 del Dlgs 196/03 che i dati personali raccolti, anche con strumenti informatici, saranno trattati esclusivamente nell'ambito del sistema dei controlli ufficiali effettuati dall'Autorità Competente e dagli altri Enti preposti.

\_\_\_\_\_, lì \_\_\_\_\_

FIRMA

REGIONE CAMPANIA – FORM QQ

Oggetto: Autocertificazione

Il sottoscritto (nome) \_\_\_\_\_  
(cognome) \_\_\_\_\_  
nato a (nazione) \_\_\_\_\_ (provincia) \_\_\_\_\_  
(comune) \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
e residente in (nazione) \_\_\_\_\_ (provincia) \_\_\_\_\_  
(comune) \_\_\_\_\_  
alla via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
CAP \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_  
domicilio digitale \_\_\_\_\_

AUTOCERTIFICA

- di essere laureato in medicina veterinaria
- di essere iscritto all'Ordine dei Medici Veterinari della Provincia di \_\_\_\_\_
- di assumere la responsabilità sanitaria del canile/pensione per animali da compagnia sito nel Comune di \_\_\_\_\_  
alla via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
CAP \_\_\_\_\_ condotto da \_\_\_\_\_

Il sottoscritto dichiara:

- di essere consapevole che le dichiarazioni false, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi comportano l'applicazione delle sanzioni penali previste dagli art. 75 e 76 del D.P.R. 445/2000
- di essere informato ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 del Dlgs 196/03 che i dati personali raccolti, anche con strumenti informatici, saranno trattati esclusivamente nell'ambito del sistema dei controlli ufficiali effettuati dall'Autorità Competente e dagli altri Enti preposti.

\_\_\_\_\_, li \_\_\_\_\_

FIRMA

REGIONE CAMPANIA – FORM ZZ

Oggetto: Autocertificazione

Il sottoscritto (nome) \_\_\_\_\_  
(cognome) \_\_\_\_\_  
nato a (nazione) \_\_\_\_\_ (provincia) \_\_\_\_\_  
(comune) \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
e residente in (nazione) \_\_\_\_\_ (provincia) \_\_\_\_\_  
(comune) \_\_\_\_\_  
alla via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
CAP \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_  
domicilio digitale \_\_\_\_\_

AUTOCERTIFICA

di essere laureato in medicina veterinaria  
 di essere iscritto all'Ordine dei Medici Veterinari della Provincia di \_\_\_\_\_  
 di essere stato designato come medico veterinario esperto in medicina degli animali da laboratorio, che prescrive le modalita' per il benessere e il trattamento terapeutico degli animali allevati presso l'allevamento/fornitura sito nel Comune di \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ alla via \_\_\_\_\_ n \_\_\_\_\_  
CAP \_\_\_\_\_ condotto da \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Il sottoscritto dichiara:

- di essere consapevole che le dichiarazioni false, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi comportano l'applicazione delle sanzioni penali previste dagli art. 75 e 76 del D.P.R. 445/2000
- di essere informato ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 del Dlgs 196/03 che i dati personali raccolti, anche con strumenti informatici, saranno trattati esclusivamente nell'ambito del sistema dei controlli ufficiali effettuati dall'Autorità Competente e dagli altri Enti preposti.

\_\_\_\_\_, li \_\_\_\_\_

FIRMA