



REGIONE AUTONOMA DE SARDIGNA
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

Allegato n. 11: PRESCRIZIONI SANITARIE ALL'ALLEVATORE IN CASO DI SEQUESTRO CAUTELATIVO

AZIENDA SANITARIA LOCALE N° ____ DI _____		
SERVIZIO VETERINARIO – SANITÀ ANIMALE		
Indirizzo _____	tel. _____	fax _____

OGGETTO: sequestro allevamento suino cod. aziendale _____

Visto il sospetto avanzato da questo Servizio Veterinario di Peste Suina Classica/Peste Suina Africana nell'allevamento in oggetto

Vista la normativa vigente

Al fine di limitare la diffusione della malattia e tutelare gli allevamenti suini presenti sul territorio in attesa di eventuali ulteriori provvedimenti della autorità competente si pone sotto vincolo sanitario l'allevamento del Sig. _____, nato a _____ il __/__/____ residente a _____ in via _____] sito in località _____ in agro del Comune di _____

S'impartiscono al Sig. _____ le seguenti disposizioni sanitarie:

Divieto di spostare dall'azienda gli animali censiti e animali di altra specie senza autorizzazione del veterinario ufficiale;

Divieto di introdurre in azienda animali delle specie recettive da altri allevamenti;

Divieto di trasportare fuori dall'azienda foraggi, attrezzi, letame ed altre materie ed oggetti, atti alla propagazione della malattia;

Divieto di contatto del personale di custodia con animali dei luoghi vicini;

Impedire l'accesso in azienda alle persone estranee;

Tenere chiusi i ricoveri e spargere largamente sulla soglia e per un tratto dell'esterno sostanze disinfettanti;

Obbligo di segnalazione immediata al Veterinario Ufficiale di qualunque caso anche sospetto di malattia e di eventuali decessi che dovessero verificarsi negli animali recettivi del proprio allevamento;

Isolamento degli animali malati e sospetti dai sani e custodia da parte dei detentori degli animali morti in attesa degli ulteriori provvedimenti.

Distruzione mediante interrimento o incenerimento degli animali morti.

Le inosservanze alle presenti disposizioni verranno perseguite a norma di legge.

_____, li __/__/____

IL VETERINARIO UFFICIALE

NOTIFICA DELLE DISPOSIZIONI

Il sottoscritto _____ dichiara di aver ricevuto dal Dott. _____ le disposizioni di cui sopra e di essere stato informato sulle responsabilità penali nel caso della mancata osservanza delle stesse.

Firma _____