



REGIONE AUTONOMA DE SARDIGNA
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

Allegato n. 14: VERBALE DI DISINFEZIONE

| | | |
|--------------------------------|------------|-----------|
| A.S.L. N° DI _____ | | |
| SERVIZIO VETERINARIO – | | |
| Indirizzo _____ | tel. _____ | fax _____ |

Il sottoscritto _____ incaricato della vigilanza sul servizio di disinfezione
ai sensi dell'Art. 63 del D.P.R. 320/1954

DICHIARA

Che, in occasione del focolaio di peste suina _____ verificatosi in data _____
nell'allevamento del Sig. _____ in località _____, codice aziendale
_____, comune di _____, le disinfezioni sono state
eseguite regolarmente in data _____ con i seguenti prodotti: _____

Locali e attrezzature: _____

Automezzi e mezzi agricoli: _____

Lettiera e liquami _____

Animali abbattuti, fossa d'interramento _____

Il Veterinario Ufficiale

_____ li _____