

PSR DELLA REGIONE SARDEGNA

Misura F - Agroambiente e benessere degli animali. Ex Regolamento (CE) n. 1257/1999

Azione FB – Miglioramento del benessere degli animali.

Annualità 2010

SCHEDA DI RILEVAMENTO DEI CAPI POSITIVI AL CMT

Anno di impegno: Controllo numero:

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'
(art. 47 D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445)

Il sottoscritto _____ nato a _____
il _____ e residente a _____ CAP _____ Provincia _____
via _____ n. _____

Codice Fiscale:

Codice ASL:IT

consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art. 76 D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445, in caso di dichiarazioni mendaci e di formazione o uso di atti falsi

Dichiara

di avere provveduto a monitorare i capi in mungitura attraverso l'esame CMT (California Mastitis Test).

Data del controllo: _____

Numero capi a premio in mungitura _____ Totale capi controllati: _____

Numero di fogli utilizzati allegati alla dichiarazione ¹ _____

Data _____

Il Dichiarante ²

¹) indicare il numero totale delle Scheda A utilizzate per ogni controllo effettuato e allegate alla dichiarazione.

²) ai sensi dell'art. 38 D.P.R. 445 del 28/12/2000, la dichiarazione è sottoscritta dall'interessato in presenza del dipendente addetto ovvero sottoscritta o inviata insieme alla fotocopia non autenticata di un documento di identità del dichiarante, all'Ufficio competente via fax, tramite un incaricato oppure a mezzo posta.

