

**Allegato n. 15 : VERBALE DI STIMA ANALITICA**

**AZIENDA SANITARIA LOCALE N. \_\_\_\_\_ - DI \_\_\_\_\_ Servizio Veterinario – Sanità Animale**  
Indirizzo \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_  
Data \_\_\_\_\_ Prot. \_\_\_\_\_

**Verbale di stima analitica dei capi abbattuti per peste suina \_\_\_\_\_**

Si dichiara che, in esecuzione della Legge n. 34/68 nel Comune di \_\_\_\_\_ cod. aziendale IT \_\_\_\_\_ sono stati abbattuti n. \_\_\_\_\_ e distrutti n. \_\_\_\_\_ suini di proprietà del Sig. \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_, residente a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_, n. \_\_\_\_\_.

I suini, di razza \_\_\_\_\_, sono stati analiticamente stimati come segue:

**A) SUINI DA MACELLO**

N. CAPI	KG. PER CAPO	TOTALE KG.	IMPORTO PER KG.	INDENNIZZO

TOTALE INDENNIZZO A): € \_\_\_\_\_

**B) SUINI DA VITA**

N. CAPI	CATEGORIA	ISCRIZIONE L.G./ IBRIDO/ COMUNE/	QUALIFICA VUOTE/ GRAVIDE/	PREZZO PER CAPO	INDENNIZZO

TOTALE INDENNIZZO B): € \_\_\_\_\_

TOTALE INDENNIZZO A) + B): € \_\_\_\_\_

Nota: Ordinanza di abbattimento n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_ Data abbattimento: \_\_\_\_\_

Bollettino ISMEA: settimana dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

Si attesta che l'interessato ha rispettato, durante l'abbattimento e la distruzione degli animali, le norme di polizia veterinaria.

OSSERVAZIONI: (compilare obbligatoriamente in caso di differenze numeriche rispetto alla notifica di conferma di malattia):

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ li \_\_\_\_\_

Dr. \_\_\_\_\_ (responsabile dell'U.D.C. locale)\*

Dr. \_\_\_\_\_ (membro dell'U.D.C. locale)

Dr. \_\_\_\_\_ (membro dell'U.D.C. locale)

Sig. \_\_\_\_\_ (rappresentante delle associazioni di categoria) \*

\* L'allevatore può avvalersi della consulenza di un rappresentante l'associazione di categoria