

**DOMANDA DI ADESIONE AL PIANO REGIONALE DI PROFILASSI VOLONTARIO  
DELLA RINOTRACHEITE INFETTIVA BOVINA (IBR)**

Il sottoscritto ..... Cognome ..... Nome .....  
in qualità di Proprietario  Responsabile  Detentore

**Ragione sociale  
allevamento**

**Codice aziendale**

**Partita IVA impresa**

Codice Fiscale .....

sito nel Comune .....

Via / Località .....

Telefono .....

**TIPOLOGIA DELL'AZIENDA** .....

TOTALE CAPI PRESENTI: .....

DI CUI: VACCHE .....

MANZE .....

VITELLI .....

**CHIEDE di aderire al piano di profilassi della IBR (rinotracheite infettiva bovina) e DICHIARA**

- 1) di avvalersi della collaborazione tecnica del Dott. ....  
Medico Veterinario, tel. ...., iscritto all'Albo della provincia di ..... n .....
- 2) di accettare gli obblighi derivanti dalla adesione a detto piano, impegnandosi a seguire strettamente le prescrizioni che verranno impartite dal veterinario Libero professionista autorizzato o dal Servizio Veterinario ASL;
- 3) di essere consapevole che le spese riguardanti la profilassi vaccinale e le spese relative ad accertamenti aggiuntivi sono totalmente a proprio carico.

Lì .....

Firma del richiedente

.....

Visto per quanto di competenza

Il veterinario operatore

.....

Responsabile del procedimento: dott. Eduardo Tommasino

**Informativa Privacy**

Ai sensi dell'art. 13 del D.lgs 196/2003 – Codice Privacy, si informa che i dati personali forniti con la presente dichiarazione ed acquisiti nel corso del procedimento per il quale viene presentata saranno trattati dalla ASL Roma 3 quale Titolare ai fini dello svolgimento del medesimo procedimento e dei controlli istituzionali. Tali dati potranno essere utilizzati con idonee modalità e procedure anche informatizzate dal personale a ciò incaricato ed, ove necessario, comunicati alle competenti autorità e soggetti pubblici per le finalità previste dalla normativa vigente, nonché ai soggetti legittimati all'esercizio del diritto di accesso ai documenti amministrativi. La persona interessata potrà richiedere di accedere ai dati che la riguardano ed eventualmente rettificarli e cancellarli (art.7 d.lgs. 196/2003), rivolgendosi al Direttore della UOC SAIAPZ quale Responsabile del trattamento presso la ASL Roma 3, ai recapiti reperibili sul sito [www.aslromad.it](http://www.aslromad.it).