REGIONE PIEMONTE

MOD. K

FOGLIO OPERATIVO-VERBALE DI ABBATTIMENTO

Contenimento della Peste Suina Africana - Specie Cinghiale D.P.G.R. N°21- del 30/03/2022 e smi

DATI OPERATORE:

NOME		COGNOME			
DATA DI NASCITA		LUOGO DI NASCITA		PROV	
CODICE FISCALE					

IN QUALITÀ DI:

☐ GUARDIA PARCO
☐ GUARDIA PROVINCIALE
☐ GUARDIA VOLONTARIA
☐ OPERATORE FORMATO
☐ SELECONTROLLORE
☐ TUTOR

Consapevole delle sanzioni penali, previste in caso di dichiarazioni non veritiere e di falsità negli atti, e della conseguente decadenza dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera, di cui agli articoli 75 e 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n.445 (Testo unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa)

DICHIARA CHE

(ai sensi degli articoli 46 e 47 del D.P.R 445/2000)

Ai fini del "Piano Regionale interventi urgenti di contrasto alla P.S.A." è stato effettuato il seguente controllo:

DATI ABBATTIMENTO:

DATA		ORA DI INIZIO		ORA DI FINE	
COMUNE		PROV.		LOCALITÀ	
☐ ATC VC	☐ C.A. N°	☐ ZRC	☐ AFV	☐ A.A.T.V.	
☐ OASI	☐ PARCO AREA PROTETTA			ARMA CALIBRO	
GPS EST/NORD	LONGITUDINE		LATITUDINE		
QUOTA	MIN		MAX		

TIPO DI CONTROLLO:

ABBATTIMENTO AVVENUTO: SI ☐ NO ☐

FORAGGIAMENTO ATTRATTIVO: SI ☐ NO ☐

N° CINGHIALI AVVISTATI (scrivere il N° all'interno delle caselle): ☐☐

☐ APPOSTAMENTO	☐ALLA CERCA	N.RO OPERATORI:	NOTE:
☐ GABBIA	☐ RECINTO	☐ ALTANA	NOTE:

COLLETTIVA A SQUADRA:	☐ BRACCATA	☐ GIRATA	NOTE:
N.RO OPERATORI:	N.RO POSTE:	N.RO CANI:	N.RO CANAI:

Elenco nominativi partecipanti all'azione di controllo:

	COGNOME E NOME	P/C/S/OF/GVV*		COGNOME E NOME	P/C/S/OF/GVV*
1			9		
2			10		
3			11		
4			12		
5			13		
6			14		
7			15		
8					

*P=(Proprietario); C=(Conduttore); S=(Selecontrollore); OF=(Operatore Formato); GVV=(Guardia venatoria volontaria);

DATI BIOMETRICI:

1) ESEMPLARI MASCHI:

ID.	PESO KG	CLASSE**	N° FASCETTA	NOTE***
M1				
M2				
M3				
M4				
M5				
M6				

****Per definire la corretta classe di età, fare riferimento al peso e alla dentatura nella tabella riepilogativa riportata dietro.**

CAPI CONFERITI NELLA CELLA AUTORIZZATA DI PROPRIETÀ DEL SIG._____ NEL COMUNE DI_____ CEP N°_____

2) ESEMPLARI FEMMINE:

ID.	PESO KG	CLASSE**	GRAVIDA SI/NO	ALLATTANTE SI/NO	N.RO FETI	N° FASCETTA	NOTE***
F1							
F2							
F3							
F4							
F5							
F6							

****Per definire la corretta classe di età, fare riferimento al peso e alla dentatura nella tabella riepilogativa riportata qui sotto.**

CLASSE		NOME	PESO	ETÀ
A	Classe 1	Striato (privo di M1)	8-15 kg	< 4 mesi
B (M1)	Classe 2	Rosso (con M1)	20-30 kg	5-12 mesi
C (M1-M2)	Classe 3	Sub adulto (con I3, C, M2)	30-40 kg	12-14 mesi
	Classe 4	Adulto 1 (con I1, P4)	40-50 kg	15-18 mesi
	Classe 5	Adulto 2 (con I2 in eruzione o pareggiato, M3 assente o erotto al massimo per metà)	50-60 kg	19-22 mesi
D (M1-M2-M3)	Classe 6	Adulto 3 (con I1,I2,I3 pareggiati, M3 erotto tutto o per 2/3)	60-70 kg	>22 mesi
	Classe 7	Adulto 4	> 75 kg	> 4 anni

VALUTAZIONE DEI SOGGETTI IN VITA-ABBATTUTI
***Indicare nella colonna "NOTE" lo stato di nutrizione: "BUONO" con lettera "B" o "DENUTRITO" con lettera "D".

CONDIZIONI CUTANEE GENERALI
☐NULLA DA RILEVARE
☐PRESENZA DI AREE ALOPECICHE, FERITE, ASCESSI, TUMORI ECC. (Indicare ID Cinghiale e problematica).
_____
_____

Il responsabile dell'intervento, persona formata in materia di Biosicurezza, relativo alla PSA (D.P.G.R. N°21- del 30/03/2022 e sue successive modifiche ed integrazioni) **DICHIARA** l'assenza di segni anatomo-patologici riconducibili alla Peste Suina Africana o altre patologie presenti sulle carcasse dei soggetti abbattuti.

Il Responsabile
(FIRMA per esteso e leggibile)

DESTINAZIONE DEI CAPI ABBATTUTI:
Tutti i capi abbattuti durante gli interventi di controllo devono essere sottoposti ad analisi Trichinoscopica per la verifica della commestibilità.
Si dichiara di aver assegnato il/i capo/i abbattuto/i al Sig._____Residente_____
Via_____N°_____Tel._____.

IN QUALITÀ DI:

☐ Proprietario e/o conduttore di fondi, ove vengono effettuati i Piani di controllo, residente in Prov.Vercelli;
☐ GGVV;
☐ Tutor iscritto al Registro provinciale e/o Selecontrollore iscritto all'Albo provinciale;
☐ Macello convenzionato Prov.Vercelli;

Luogo e data **Firma per il ritiro**

DELEGA PER RITIRO: Il capo è ritirato dal Sig._____nato/a_____il_____Residente in Via_____Città_____ Documento Identità N°_____Rilasciato da _____ Tel._____ _____ che interviene come collaboratore per il recupero; il quale provvederà alla consegna alla persona sopra designata.
******La firma della delega va effettuata di fronte ad un Pubblico Ufficiale per il riconoscimento mediante documento d'identità******
Luogo e data **Firma per la delega**