

**ALLEGATO F**  
**PIANO DI ACCREDITAMENTO PER LA RINOTRACHEITE**  
**INFETTIVA BOVINA.**

Al DIRETTORE del Dipartimento di Prevenzione Veterinaria dell'ASL  
di.....

Il sottoscritto cognome.....nome.....  
In qualità di                      proprietario ☐                      Detentore ☐  
Ragione sociale dell'allevamento.....  
Codice    ☐☐☐☐☐☐☐☐  
Codice fiscale.....  
Sito nel comune.....  
Via/località.....  
Telefono.....

**Chiede**

Di conseguire la qualifica d'allevamento Indenne da Rinotracheite Infettiva  
Bovina.

e

**Dichiara**

- A. Di essere a conoscenza di quanto previsto dal Piano Regionale di controllo  
e in particolare di quanto previsto al punto 6  
B. Di avvalersi della collaborazione del Dott.....quale  
medico veterinario responsabile del Piano.

Data .....

Firma e timbro del proprietario/detentore