

**DOMANDA DI ADESIONE AL PIANO DI ACCREDITAMENTO  
DELLA RINOTRACHEITE INFETTIVA BOVINA (BHV1)**

**REGIONE LOMBARDIA**

Al Direttore del Dipartimento di Prevenzione Veterinario  
della ASL .....

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**

ALLEVAMENTO DA RIPRODUZIONE / LATTE

TOTALE CAPI PRESENTI: .....

DI CUI: VACCHE .....  
MANZE .....  
VITELLI .....

**CHIEDE**

di aderire al Piano di accreditamento volontario della IBR (rinotracheite infettiva bovina)

**DICHIARA**

- 1) di avvalersi, in qualità di Responsabile del Piano, della collaborazione tecnica del Dott. ...., Medico Veterinario, tel. ...., iscritto all'Albo della provincia di ..... n .....;
- 2) di accettare gli obblighi previsti dal Piano di accreditamento stesso, impegnandosi a seguire strettamente le prescrizioni che verranno impartite dal Medico Veterinario responsabile del Piano o dal Servizio Veterinario ASL;

Lì .....

Firma del richiedente

.....

Il Veterinario Responsabile del Piano  
di accreditamento

.....