

**ALLEGATO 1.4.****REGIONE LAZIO****COMUNICAZIONE DEL NOMINATIVO DEL VETERINARIO AZIENDALE RESPONSABILE  
DEL PIANO VOLONTARIO DI CONTROLLO E CERTIFICAZIONE DELLA  
PARATUBERCOLOSI BOVINA- BUFALINA**

(da compilarsi contemporaneamente all'adesione al piano e, successivamente, nel caso di  
variazione del nominativo del veterinario aziendale)

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ (Cognome e Nome)

in qualità di  Proprietario  Detentore

Ragione sociale dell'allevamento \_\_\_\_\_

Specie Allevate  Bovini  BufaliniCodice aziendale 

--	--	--	--	--	--	--	--

Sito nel comune di \_\_\_\_\_ Via/Località \_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_ Cellulare \_\_\_\_\_

E-mail \_\_\_\_\_

**DICHIARA****ai fini della esecuzione del Piano**

di avvalersi della collaborazione tecnica del

Dott./dott.ssa \_\_\_\_\_, C.F. \_\_\_\_\_, Medico

Veterinario abilitato/a con iscrizione all'albo professionale della provincia di

\_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_, residente in \_\_\_\_\_, via

\_\_\_\_\_, telefono \_\_\_\_\_,

cellulare \_\_\_\_\_, E-mail \_\_\_\_\_

**In qualità di Veterinario Aziendale Responsabile del Piano PTB**

Luogo e data, \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

(Firma del Proprietario/detentore)

(Firma del Veterinario aziendale responsabile del  
Piano)