

CONTROLLO SISTEMA IDENTIFICAZIONE E REGISTRAZIONE DEI SUINI (CGO 6)*Direttiva n. 2008/71/CE e Decreto legislativo n. 200 del 26/10/2010***CHECK LIST N.** _____**REGIONE****ASL****DISTRETTO**MAIALI ☐CINGHIALI ☐**DATI AZIENDALI**

AZIENDA CODICE IT	SPECIE	DENOMINAZIONE	
INDIRIZZO E NUMERO CIVICO			
COMUNE		PROV	CAP
PROPRIETARIO	CODICE FISCALE	TEL	
DETENTORE	CODICE FISCALE	TEL	
Appartenente al Campione Condizionalità? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO			

Selezionare i criteri utilizzati per la selezione dell'allevamento sottoposto a controllo:

- ☐ Altre indagini degli organi di polizia giudiziaria
- ☐ Cambiamenti della situazione aziendale
- ☐ Comunicazione dei dati dell'azienda all' Autorità Competente
- ☐ Implicazioni per la salute umana e animale, precedenti focolai
- ☐ Indagine relativa all'igiene degli allevamenti
- ☐ Indagine relativa alle frodi comunitarie
- ☐ Infrazioni riscontrate negli anni precedenti
- ☐ Numero di animali
- ☐ Segnalazione di irregolarità da impianto di macellazione
- ☐ Variazioni dell'entità dei premi
- ☐ Ritardi notifica eventi in BDN
- ☐ Altro criterio di rischio ritenuto rilevante dall'Autorità competente, indicare quale (*)
- ☐ Casuale

(*)Specificare il criterio di rischio ritenuto rilevante dall'Autorità competente:

E' stato dato il PREAVVISO (max 48 ore) ☐ SI ☐ NO Se SI, in data _____

☐ Telefono

☐ Telegramma/lettera/fax

☐ Altra forma

ELEMENTI DI VERIFICA

Numero capi presenti in BDN (sulla base delle registrazioni effettuate nel sistema, tenendo conto che le nascite e i decessi sono registrati cumulativamente al momento del censimento annuale):

Numero capi effettivamente presenti in allevamento:

Numero dei capi controllati:

VERIFICA IDENTIFICAZIONE CAPI

Numero di capi privi di identificazione:

Numero di capi con identificazione irregolare:

VERIFICA REGISTRO AZIENDALE

☐ Registro informatizzato in BDN ☐ Registro informatizzato/ Registro cartaceo in azienda

Si **No**

Presenza del registro aziendale:

Registro aziendale conforme:

Registro aziendale compilato in ogni sua parte:

Numero animali presenti in allevamento ma non nel registro aziendale:

Numero animali presenti nel registro aziendale ma non in allevamento:

	Si	No	n. capi interessati
Mancata registrazione delle nascite (entro 30 giorni):	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Ritardata registrazione delle nascite (entro 30 giorni):	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Mancata registrazione dei decessi (entro 30 giorni):	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Ritardata registrazione dei decessi (entro 30 giorni):	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

VERIFICA NOTIFICHE

Censimento annuale aggiornato(*): Si ☐ No ☐

Consistenza totale:

Totale nascite

Totale decessi:

Specifica dei riproduttori:	Scrofe	Scrofette	Verri

In riferimento alla valutazione inerente l'aggiornamento del censimento annuale vanno considerati:

- la consistenza totale dell'allevamento corrispondente a quanto riportato sul registro di carico e scarico relativamente ai suini presenti di età superiore a 70 giorni;
- il totale nascite/decessi;
- il numero di riproduttori quando presenti, specificando il numero di verri e scrofe e scrofette (dal primo intervento fecondativo).

Movimentazioni	Si	No	n. capi interessati	n. partite interessate
Mancata notifica delle movimentazioni:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Ritardata notifica delle movimentazioni:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

TOTALE CAPI CON ANOMALIA:

ESITO DEL CONTROLLO ☐ **Favorevole** ☐ **Sfavorevole**

Intenzionalità (da valutare in caso di esito del controllo sfavorevole): SI ☐ NO ☐ N.A. ☐

Riscontro di elementi di possibile non conformità relativi al benessere animale, alla sicurezza alimentare, alle TSE ovvero all'impiego di sostanze vietate*:

☐☐

EVIDENZE:

<input type="checkbox"/> Benessere Animale	
<input type="checkbox"/> Impiego di sostanze vietate	
<input type="checkbox"/> Sicurezza Alimentare	
<input type="checkbox"/> TSE	

*Qualora, durante l'esecuzione del controllo, il Veterinario controllore rilevasse elementi di non conformità relativi al benessere animale, alla sicurezza alimentare, alle TSE ovvero all'impiego di sostanze vietate, egli dovrà riportarne l'evenienza flaggando il settore pertinente e specificare nell'apposito campo l'evidenza riscontrata. Al rientro presso la ASL, il Veterinario controllore dovrà evidenziare al Responsabile della ASL quanto da lui rilevato e consegnare copia della check-list da lui compilata in modo che il Responsabile stesso possa provvedere all'attivazione urgente dei relativi controlli. Il sistema inoltre segnalerà opportunamente tale evenienza al fine dell'esecuzione obbligatoria dello specifico controllo.

PRESCRIZIONI

Regolarizzare la registrazione e l'identificazione dei capi entro giorni: _____

Regolarizzare la documentazione aziendale entro giorni: _____

SANZIONI APPLICATE

Amministrativa/pecuniaria	n. capi interessati	_____
Blocco Movimentazioni	n. capi interessati	_____
Sequestro capi	n. capi interessati	_____
Abbattimento capi	n. capi interessati	_____
Altro	n. capi interessati	_____

Descrizione altra sanzione:

NOTE/OSSERVAZIONI DEL CONTROLLORE:

NOTE/OSSERVAZIONI DEL DETENTORE:

E' stata consegnata una copia della presente check-list all'allevatore? SI ☐

NO ☐

Il risultato del presente controllo sarà utilizzato per verificare il rispetto degli impegni di condizionalità alla base dell'erogazione degli aiuti comunitari. Nel caso di presenza di non conformità l'esito del controllo sarà elaborato dall'Organismo Pagatore.

Data primo controllo in loco: _____

Nome e cognome del detentore/proprietario/altro responsabile dell'azienda presente all'ispezione: _____

Firma del Detentore/Proprietario/altro Responsabile dell'azienda presente all'ispezione _____

Cognome e nome del controllore: _____

Firma e timbro del Controllore _____

VERIFICA ESECUZIONE PRESCRIZIONI

PRESCRIZIONI ESEGUITE: ☐ SI ☐ NO

DATA VERIFICA IN BDN: _____

DATA VERIFICA IN LOCO: _____

Nome e cognome del detentore/proprietario/altro responsabile dell'Azienda: _____

Firma del Detentore/Proprietario/altro Responsabile dell'azienda presente all'ispezione _____

Cognome e nome del controllore: _____

Firma e timbro del Controllore _____

DATA CHIUSURA RELAZIONE DI CONTROLLO***: _____

***Ai sensi del Reg. 809-2014, articolo 72, paragrafo 4. Fatta salva ogni disposizione particolare della normativa che si applica ai criteri e alle norme, la relazione di controllo è ultimata entro un mese dal controllo in loco. Tale termine può essere tuttavia prorogato a tre mesi in circostanze debitamente giustificate, in particolare per esigenze connesse ad analisi chimiche o fisiche.