

**AL COORDINATORE COMPETENTE DI ZONA  
DEL SERVIZIO VETERINARIO AZIENDALE  
DELL'AZIENDA SANITARIA DELL'ALTO  
ADIGE**

**COMUNICAZIONE ACCASAMENTO DI VOLATILI IN ALLEVAMENTI AVICOLI**

Il sottoscritto \_\_\_\_\_

<input type="checkbox"/> Proprietario		<input type="checkbox"/> Detentore					
Allevamento (Denominazione)		Codice					
					B	Z	
Comune							
Via							
Telefono							
Ditta							

**comunica l'accasamento di:**

<input type="checkbox"/> Broiler	<input type="checkbox"/> Polli riproduttori	<input type="checkbox"/> Ovaiole uova consumo	<input type="checkbox"/> Oche
<input type="checkbox"/> Fagiani	<input type="checkbox"/> Tacchini carne	<input type="checkbox"/> Tacchini riproduttori	<input type="checkbox"/> Faraone
<input type="checkbox"/> Anatre	<input type="checkbox"/> Quaglie	<input type="checkbox"/> Altro	

Identificativo capannone	Data accasamento	N° capi accasati	Sesso (F/M)	Età (giorni/settimane)	Data fine ciclo	Provenienza

dichiara che le operazioni di pulizia e disinfezione dell'intero capannone sono state effettuate in

data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Firma:** \_\_\_\_\_

**Data:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**AN DEN GEBIETSZUSTÄNDIGEN  
KOORDINATOR DES BETRIEBLICHEN  
TIERÄRZTLICHEN DIENSTES DES  
SÜDTIROLER SANITÄTSBETRIEBES**

**MITTEILUNG DES EINSTALLENS VON GEFLÜGEL IM GEFLÜGELBETRIEB**

Unterfertiger \_\_\_\_\_

<input type="checkbox"/> Eigentümer		<input type="checkbox"/> Tierhalter					
Betrieb (Bezeichnung)		Kodex					
					B	Z	
Gemeinde							
Straße							
Telefon							
Unternehmen							

**meldet das Einstallen von:**

<input type="checkbox"/> Masthähnchen	<input type="checkbox"/> Zuchthühner	<input type="checkbox"/> Legehennen	<input type="checkbox"/> Gänse
<input type="checkbox"/> Fasane	<input type="checkbox"/> Mastputen	<input type="checkbox"/> Zuchtputen	<input type="checkbox"/> Perlhühner
<input type="checkbox"/> Enten	<input type="checkbox"/> Wachteln	<input type="checkbox"/> Anderes	

Kennung der Stallung	Datum des Einstallens	Anzahl eingestallter Tiere	Geschlecht (W/M)	Alter (Tage/ Wochen)	Datum Karrieren- ende	Herkunft

erklärt, dass die Reinigungs- und Desinfektionsvorgänge der gesamten Stallung

am \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ erfolgten

**Unterschrift:** \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_