

Allegato D**Equide sieropositivo per AIE in isolamento**

NOME	
Cod. IDENTIFICATIVO (num. microchip o passaporto)	
SPECIE *	
SESSO **	
ANNO DI NASCITA	
PROPRIETARIO (Nome , cognome, codice fiscale)	
CODICE AZIENDALE	
DATA DI CONFERMA DEL CENTRO DI REFERENZA AIE	

* = indicare se trattasi di cavallo, asino, mulo, bardotto

** = indicare se maschio, femmina, castrone

Informazioni sul luogo / locale di isolamento**Localizzazione**

Comune: _____ Provincia: _____ Cod. aziendale IT|_|_|_|_|_|_|_|

Indirizzo: _____

Coordinate geografiche (Sistema WGS84, gradi decimali):

Latitudine Nord: _____ Longitudine Est: _____

ASL territorialmente competente

ASL: _____ Distretto: _____

Indirizzo: _____ Tel: _____ Fax: _____

EVENTUALI ANNOTAZIONI:

IL VETERINARIO UFFICIALE

DATA:

10A11122

