

## DENUNCIA di MALATTIA INFETTIVA O TRASMISSIBILE

art. 6, Decreto legislativo 5 agosto 2022, n. 136

**Servizio Sanità Animale** ASL Medio Campidano  
via Bologna n. 13 - 09025, Sanluri – via Montale 09036 Guspini  
Mail: [sanita.animale@aslmediocampidano.it](mailto:sanita.animale@aslmediocampidano.it)  
PEC: [sanita.animale@pec.aslmediocampidano.it](mailto:sanita.animale@pec.aslmediocampidano.it)

Il Sottoscritto \_\_\_\_\_ in qualità di

Veterinario libero professionista/Veterinario aziendale/ altro \_\_\_\_\_

Proprietario/Operatore di animali

recapito telefonico \_\_\_\_\_; mail \_\_\_\_\_

### DENUNCIA

**il Sospetto**       **la Conferma** della seguente malattia:

nell'allevamento della specie \_\_\_\_\_ di proprietà del Sig. \_\_\_\_\_

Codice Stabilimento \_\_\_\_\_ Comune di \_\_\_\_\_

Località \_\_\_\_\_

Data del sospetto \_\_\_\_\_; Data presunta di introduzione della malattia in azienda \_\_\_\_\_

#### Motivo del sospetto:

Sintomi clinici - descrizione: \_\_\_\_\_

Esiti di laboratorio \_\_\_\_\_

Correlazione epidemiologica: \_\_\_\_\_

Possibile imminente movimentazione di animali, mezzi e persone: \_\_\_\_\_

Eventuale presenza in allevamento di disinfettanti e mezzi di disinfezione: \_\_\_\_\_

**Data della conferma** \_\_\_\_\_ Metodo utilizzato \_\_\_\_\_

Rapporto di prova n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_

Origine della malattia (accertata o presunta) \_\_\_\_\_

#### Censimento alla data del 1° accertamento (riferito all'intero Stabilimento)

Specie	n. capi totali	n. capi con sintomi	n. capi positivi al test di laboratorio	n. capi morti

Altre osservazioni \_\_\_\_\_

Data, \_\_\_\_\_

Firma del Denunciante

\_\_\_\_\_