**Fac simile dichiarazione delle perdite settimanali**

**Dichiarazione delle perdite connesse al mancato accasamento e/o al prolungamento della durata di allevamento**

Il/La sottoscritto/a………………………………………………nato/a a ………………………..……….. il ………..…………. in qualità di …………………………………………………………… della ditta …………………………………………………………………………………………………………….. CUAA (C.F.) …………………………………………….

A seguito dei seguenti provvedimenti:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ¹ che hanno imposto misure restrittive sanitarie conseguenti ai focolai di influenza aviaria verificatesi tra il 23 ottobre e il 31 dicembre 2021 nel comune di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ prov di \_\_\_\_\_\_\_

Consapevole che la presente dichiarazione, relativamente ai dati di propria competenza, è rilasciata ai sensi dell’art. 46 del DPR 445 del 28/12/2000 e successive modifiche, che le dichiarazioni mendaci, la falsità degli atti e l’uso di atti falsi sono puniti penalmente ai sensi delle leggi vigenti e comportano la decadenza da quanto richiesto ed eventualmente conseguito, come previsto dagli articoli 75 e 76 del DPR 28/12/2000 n°445 e successive modifiche.

**Dichiaro:**

**1) di aver subito perdite connesse al mancato accasamento per i seguenti allevamenti:**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Codice  Allev. | Riferimento Capannone | Specie | Indirizzo dell’allevamento | Soccida (S/N)\* | Dal | Al | N. capi |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

**2) di aver subito perdite connesse al prolungamento della durata di allevamento dovuto al divieto di trasferimenti nelle zone regolamentate per i seguenti allevamenti:**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Codice  Allev. | Riferimento Capannone | Specie | Indirizzo dell’allevamento | Soccida (S/N)\* | Dal | Al | N. capi |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

\*In caso di soccida allegare dichiarazione di rinuncia all’indennizzo dell’altro contraente.

DATA FIRMA

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

¹ Indicare il tipo di provvedimento legislativo e i riferimenti (numero e anno)