

**CONTROLLO SISTEMA I&R DEGLI ALLEVAMENTI DEI  
CAMELIDI ED ALTRI UNGULATI**

*(controllo ex articolo 2, comma 7, e capitolo 9 del manuale operativo al DM 02.03.2018)*

CHECK LIST N. \_\_\_\_\_

**SPECIE ALLEVATA**

**REGIONE**

**ASL**

**DISTRETTO**

**DATI AZIENDALI**

**AZIENDA\_CODICE**

**DENOMINAZIONE**

**IT**

**INDIRIZZO**

**COMUNE**

**PROV**

**CAP**

**PROPRIETARIO**

**CODICE FISCALE**

**TEL**

**OPERATORE**

**CODICE FISCALE**

**TEL**

**ESTREMI DEL DELEGATO**

**TIPO DELEGATO**

**POSTAZIONE VISITATA:**

**LATITUDINE** \_\_\_\_\_

**LONGITUDINE** \_\_\_\_\_

**ORIENTAMENTO PRODUTTIVO**

**TIPO ATTIVITA'**

**MODALITA' ALLEVAMENTO**

**SUPERFICIE**

PREAVVISO (max 48 ore)

SI

NO

in data \_\_\_\_\_

tramite:

Telefono

Telegramma/lettera/fax

Altra forma

**Selezionare il criterio di rischio utilizzato per la selezione dell'allevamento sottoposto a controllo:**

- assenza/irregolari registrazioni in bdn
- altre indagini degli organi di polizia giudiziaria
- cambiamenti della situazione aziendale
- pregresse carenze di conformità
- implicazioni per la salute umana e animale, precedenti focolai
- indagine relativa all'igiene degli allevamenti
- numero di animali
- segnalazione di irregolarità da impianto di macellazione
- altro criterio di rischio ritenuto rilevante dall'autorità competente, indicare quale (\*)

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

<b>ELEMENTI DI VERIFICA</b> Elementi di valutazione (Esempi di evidenze utili per valutare il rispetto del criterio di conformità)	GIUDIZIO DI CONFORMITA'		
	SI	NO	N.A.
1. Registrazione corretta delle coordinate			
2. La modalità allevamento indicata in BDN corrisponde alla realtà aziendale?			
3. L'applicazione di quarantena/vuoto sanitario indicata in BDN corrisponde alla realtà aziendale?			
4. E' correttamente registrato il censimento annuale?			
5. Le informazioni del censimento corrispondono alla realtà aziendale e alle documentazioni di trasporto?			
6. La superficie destinata agli animali indicata in BDN è congrua con la realtà aziendale			
7. E' disponibile la documentazione di trasporto per gli animali presenti in azienda/stabilimento?			
8. E' disponibile la documentazione di trasporto per le movimentazioni in entrata e uscita in azienda degli ultimi 6 mesi?			
9. Il n° degli animali morti risulta correttamente documentato in azienda			
10. Presenza di mortalità anomala			

**Riscontro di elementi di possibile non conformità relativi al benessere animale, alla sicurezza alimentare, alle TSE ovvero all'impiego di sostanze vietate\*:** SI  NO

**EVIDENZE:**

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

\*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.

**ESITO DEL CONTROLLO**

**Favorevole**       **Sfavorevole**       **Sfavorevole per mancato/rifiutato controllo**

E' stata consegnata una copia della presente check list all'allevatore?      SI       NO

**PRESCRIZIONI / AZIONE CORRETTIVA**

<b>Regolarizzare la registrazione entro ..... gg</b>	<b>Regolarizzare la situazione aziendale entro ..... gg</b>
--	---

**L'azienda sarà oggetto di nuovo controllo, senza preavviso, per la verifica degli adempimenti a quanto prescritto**

DATA PRIMO CONTROLLO: _____	COGNOME E NOME DEL CONTROLLORE: _____
COGNOME E NOME DEL RAPPRESENTANTE AZIENDALE PRESENTE AL CONTROLLO: _____	Firma e timbro del controllore _____
Firma e timbro del rappresentante _____	

**VERIFICA ESECUZIONE PRESCRIZIONI (alla scadenza del tempo assegnato)**

Esito del follow up/ Verifica e chiusura delle azioni correttive attuate:

**PRESCRIZIONI / INTERVENTI CORRETTIVI ESEGUITI**      SI       NO       \_\_\_\_\_ *Data di verifica in loco*      \_\_\_\_\_ *Data di verifica in BDN*

NOTA: la mancata esecuzione da parte dell'Azienda delle Prescrizioni/Interventi correttivi comporta l'applicazione di sanzioni.

COGNOME E NOME DEL RAPPRESENTANTE AZIENDALE PRESENTE AL CONTROLLO: _____	COGNOME E NOME DEL CONTROLLORE: _____
Firma e timbro del rappresentante _____	Firma e timbro del controllore _____

**SANZIONI APPLICATE**

<input type="checkbox"/> <b>Blocco movimentazioni</b>	<input type="checkbox"/> <b>Amministrativa/pecuniaria</b>
<input type="checkbox"/> <b>Altro</b> _____	

**NOTE/OSSERVAZIONI DEL CONTROLLORE :**

**NOTE/OSSERVAZIONI DEL RAPPRESENTANTE DELL'AZIENDA:**