



Il sottoscritto _____

Nato a _____, il _____

Residente a _____

Via _____, n. _____

CAP _____, prov. _____

Tel/cell _____

CF _____

Fax _____ email _____

(di seguito anche **Committente**), in qualità di

Legale rappresentante di: _____

Con sede legale in _____

Via _____, n. _____

CAP _____, prov. _____

Iscritta al registro delle imprese di

_____, n. _____

PIVA _____

Il quale è **proprietario** del seguente equide:

Nome _____

Padre _____

Madre _____

Data di nascita _____

n. microchip/L.G. _____

n. passaporto _____

(se **neonato**, riportare n. microchip e passaporto della madre)

destinato alla produzione di alimenti per l'uomo (**DPA**):

SI **NO**

Codice allevamento _____

Consapevole che le dichiarazioni mendaci e la falsità in atti

sono punite dal codice penale e dalle leggi speciali in materia,

1. **incarica** il Dipartimento di Scienze Veterinarie (di seguito

Dipartimento) di eseguire i trattamenti terapeutici e/o indagini

diagnostiche del cavallo di cui sopra in base preventivo

visionato e firmato;

2. **in caso di equide DPA**:

a. **autorizza** il Dipartimento alla somministrazione di

farmaci che cambieranno la destinazione finale

dell'animale **da DPA a NON DPA**, qualora questo si

rivelasse indispensabile per il benessere e la salute

del proprio equide:

SI **NO**

b. **si impegna** ad allegare al registro dei trattamenti del

proprio allevamento la I.C.A. rilasciata al momento

della dimissione.

3. **In caso di neonato non ancora destinato**, se durante il

ricovero saranno somministrati farmaci non consentiti per

equidi DPA (riportati nella I.C.A. rilasciata al momento della

dimissione), si impegna a informare la banca dati che

rilascia il passaporto dello status di equine NON DPA;

4. **Trasmette** il presente modulo a mezzo mail all'indirizzo:

servizio.grossianimali@vet.unipi.it, compilato in ogni sua parte

e sottoscritto, **allegando copia di un documento di identità**

valido prima dell'arrivo del cavallo presso le strutture del

Dipartimento. In mancanza, il Dipartimento non accetterà

l'esecuzione dell'incarico e non farà accedere l'equide nelle

proprie strutture;

1. **Allega copia del passaporto dell'equide** (pagine segnalamento, microchip, vaccinazioni, esami obbligatori per legge, destinazione finale);

2. **Si impegna** a fornire ogni informazione anamnestica relativa allo stato di salute dell'equide;

3. **Si impegna** a eseguire a buon fine il pagamento (a mezzo di contanti, assegno intestato a Dipartimento Scienze Veterinarie, bancomat, carta di credito, bonifico bancario a favore del Dipartimento di Scienze Veterinarie, vaglia postale non trasferibile a favore del Dipartimento di Scienze Veterinarie). In mancanza, il Dipartimento non accetterà l'esecuzione dell'incarico e non farà accedere l'equide alle proprie strutture;

4. **Si impegna** a eseguire a buon fine il pagamento del saldo dell'importo complessivo per le prestazioni rese **entro e non oltre l'atto di ritiro dell'equide** dalle strutture del Dipartimento.

5. **Espressamente riconosce che il Dipartimento**:

a. Non ammetterà nelle sue strutture i cavalli per i quali non siano stati prodotti in copia i certificati di origine (passaporto) e di sanità;

b. Non accetterà l'esecuzione dell'incarico e non farà accedere alle proprie strutture gli equidi di clienti che risultino insolventi in tutto o in parte, in relazione ad altri rapporti giuridici di qualsiasi natura con il Dipartimento;

c. è espressamente esonerato da parte del Committente da qualsiasi responsabilità derivante da furto, sequestro, decesso. Il Committente dichiara di essere assicurato per i rischi di cui al punto 9.c.

6. **Convieni espressamente** che per qualsiasi causa o controversia è competente in via esclusiva e inderogabile il Foro di Pisa.

7. **Sottoscrivendo** il presente modulo acconsente al trattamento dei dati personali nel rispetto del GDPR), Regolamento UE n. 2016/679.

Il Committente

Luogo _____ Data _____

TIMBRO

FIRMA _____

Per accettazione espressa dei punti 9a, 9b, 9c e 11.

Il Committente

Luogo _____ Data _____

TIMBRO

FIRMA _____

Medico di riferimento (scritto in modo leggibile)

Firma _____

Data _____