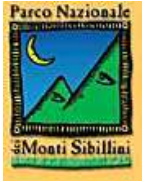




Piano Quadriennale di Gestione del Cinghiale nel Parco Nazionale dei Monti Sibillini (2016-2020)

DICHIARAZIONE DI ABBATTIMENTO CINGHIALE



Il sottoscritto operatore di selezione _____

Residente in _____

DICHIARA di avere abbattuto in località (nome o codice del sito) _____,

il Cinghiale, identificato dalla **FASCETTA** n. _____ fissata all'arto posteriore

Data _____ Ora _____ Comune _____

nel territorio del Parco Nazionale dei Monti Sibillini e nell'ambito delle operazioni di gestione del Cinghiale, secondo quanto definito nel REGOLAMENTO DEL PRELIEVO SELETTIVO DEL CINGHIALE (approvato con D.C.D. n. 4 del 1/2/2002 e s.m.i.; ultima modifica: D.P. N. 3 del 23 /01/2015)

Dati del Cinghiale

Età (in mesi fino a 2 anni) _____, Sesso M F, Peso _____ Colore mantello _____,

Gravida SI NO, Terzo di gravidanza 1° 2° 3°, N° feti _____, Lattazione SI NO

DICHIARA INFINE

che prima dell'abbattimento l'animale **NON MOSTRAVA** anomalie o modificazioni comportamentali.

che prima dell'abbattimento l'animale **MOSTRAVA** le seguenti anomalie o modificazioni comportamentali:

Firma dell'operatore di selezione _____ Firma del direttore delle operazioni _____

1. Utilizzo per autoconsumo

2. Trasporto al Centro di Lavorazione della Selvaggina (ragione sociale e indirizzo) _____

Da compilare a cura di "persona formata" (barrando le caselle interessate e compilando gli appositi spazi)

Il sottoscritto "persona formata" _____, formato ai sensi del Reg. CE 853/2004, allegato III, sezione IV, capitolo I, con attestato rilasciato da _____ n° _____

Residente in _____

DICHIARA

- Che la temperatura esterna è: (>18°C) (17-10°C) (9-0°C) (<0°C) .

- Che lo stato di nutrizione è: scadente buono ottimo

- Che lo stato del mantello è: normale , sono presenti: parassiti ferite altro _____.

- Che le aperture naturali (naso, bocca, occhi, orecchi, ano, vagina, prepuzio) sono: pulite imbrattate di: _____.

- Che il foro del proiettile è: pulito imbrattato di: _____.

Che durante l'esame dei visceri **NON HA** riscontrato anomalie o modificazioni patologiche.

Che durante l'esame dei visceri **HA** riscontrato anomalie o modificazioni patologiche ad uno o più dei seguenti organi: stomaco intestino vescica milza fegato utero testicoli reni . **Note aggiuntive** _____

Firma della "persona formata" _____ Data _____