



*Ministero delle politiche agricole alimentari e forestali*

DIPARTIMENTO DELLE POLITICHE COMPETITIVE, DELLA QUALITÀ AGROALIMENTARE, DELLA PESCA E DELL'IPPICA  
PQAI VI - Libro genealogico del cavallo trottatore italiano  
Via XX Settembre, 20 - 00187 Roma

**DENUNCIA DI NASCITA CAVALLO TROTTATORE**

(da inviare entro 7 giorni dall'evento all'ANACT a mezzo posta o a mezzo PEC all'indirizzo [anactcertificati@pec.it](mailto:anactcertificati@pec.it))

**Il sottoscritto**

PROPRIETARIO/COMPROPRIETARIO* della fattrice al momento del parto					
*(prima della nascita del puledro deve essere verificata la corretta intestazione della proprietà della fattrice all'allevatore)					
Nome e cognome (se persona fisica) / Denominazione (se persona giuridica)			Nominativo rappresentante legale (se persona giuridica)		
Comune o Stato estero di nascita		Data di nascita ____/____/____	Telefono	PEC (obbligatoria) / eMail	Percentuale di proprietà _____ %
Residenza: Via	Num. civico	Località (se diversa dal comune)	CAP	Comune	Provincia
Cod. ASL	Codice Fiscale Persona Fisica		Codice Fiscale persona Giuridica		
Comproprietari:			Percentuale di proprietà	Telefono	
			_____ %	_____	
			_____ %	Posta elettronica	
			_____ %	_____	

**dichiara che è nato un puledro da:**

STALLONE		FATTRICE*		
Nome: _____	Naz: _____	Anno: _____	Nome: _____ Naz: _____ Anno: _____	
<b>INDICARE SE LA FATTRICE E' STATA INSEMINATA IN: ITALIA <input type="checkbox"/> ESTERO <input type="checkbox"/></b>				
	SESSO	DATA DI NASCITA	EMBRYO-TRANSFER	FATTRICE RICEVENTE (da indicare in caso di embryo-transfer)
<b>PUEDRO</b>		____/____/____	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
<b>GEMELLO (*)</b>		____/____/____		

(\*) escluso in caso di embryo-transfer.

**Dati relativi al detentore delegato (da compilare nel caso in cui il proprietario intenda avvalersi di un detentore delegato)**

Nome _____	Data di nascita _____	Comune o stato estero di nascita _____
Cognome _____	____/____/____	_____
Residenza _____	Prov. _____	CAP _____
Codice Fiscale _____	Codice Aziendale rilasciato dalla ASL _____	

**Dati relativi al luogo dove effettuare l'identificazione del puledro (obbligatori):**

Codice Fiscale _____	Codice Aziendale rilasciato dalla ASL _____
Denominazione Azienda _____	
Indirizzo _____ Tel. _____	

Si informa il sottoscrittore del presente modulo che i dati indicati dallo stesso saranno trattati ed utilizzati direttamente da questa Amministrazione per l'espletamento delle proprie attività istituzionali, nonché forniti ai soggetti che espletano tali attività per suo conto, nonché ad altri soggetti pubblici per lo svolgimento delle relative funzioni istituzionali. I dati potranno essere utilizzati e forniti nei casi di riconosciuto diritto di accesso, nel rispetto del Decreto Legislativo n. 196/2003 e successive modifiche e integrazioni e del Regolamento (UE) 2016/679.

