



ASSOCIAZIONE ITALIANA ALLEVATORI  
Ente Morale D.P.R. n. 1051 del 27.10.1950  
00187 Roma, Via XXIV Maggio, 44/45 -  
Codice Fiscale 00938940582 - Partita IVA 00944701002  
Telefono 06.854511 - www.aia.it e-mail: segreteriaaia@aia.it

**Sistema I&R degli equini**  
ai sensi D.M. del 30/09/2021 e allegato A del D.M.  
D.Lgs. del 05/08/2022 n. 134 e Allegato 1 al D.Lgs. del 07/03/2023

## RICHIESTA DI SOSTITUZIONE TRANSPONDER NON LEGGIBILE

All'Ufficio Periferico di \_\_\_\_\_

Il/La sottoscritto/a PROPRIETARIO/A (nome, cognome/ragione sociale):			
C.F./p.IVA:			
Indirizzo:		Comune:	Prov.
Cap.	Tel./Cell.	E-mail:	

Dati dell'EQUINO:	
Nome:	Microchip:
N. Documento Unico di Identificazione a Vita:	Codice unico:
Detenuto presso il codice ASL:	Intestato al C.F.

L'operatore dichiara, ai sensi del D.P.R. n. 445/2000 e successive modifiche e integrazioni:

- l'equino di cui sopra non risulta iscritto ad un libro genealogico;
- di non averne manomesso o asportato il trasponder precedentemente impiantato;
- il trasponder che lo identifica risulta non leggibile dopo diversi tentativi di lettura.

### CHIEDE:

Ai sensi della normativa vigente, di accertare l'illeggibilità del trasponder indicato sull'equino di cui sopra, procedendo al successivo impianto di nuovo trasponder recante un nuovo codice identificativo e autorizza l'Associazione Allevatori al successivo aggiornamento nel sistema I&R.

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Firma del richiedente \_\_\_\_\_

### Informativa e consenso al trattamento dei dati personali

Il Sottoscritto dichiara di aver letto l'informativa al trattamento dei dati personali presso l'Associazione Allevatori e di acconsentire al trattamento dei dati personali per le finalità nella stessa indicate.

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Firma del richiedente \_\_\_\_\_

**Allegare:** copia del documento di identità, del codice fiscale e ricevuta di versamento. In caso di società: copia visura camerale in corso di validità, copia del documento di identità e codice fiscale del legale rappresentante.

-----  
A cura dell'Ufficio Periferico:

Posizione Associativa Allevatore <input type="checkbox"/> Socio ARA <input type="checkbox"/> Non Socio ARA	Pratica n. _____
Firma dell'operatore UP _____	