

ALLEGATO 2

➤ **Spett. le S.C. Sanità Animale e Anagrafi Zootecniche - ASL Gallura**
Polo Sanitario "San Giovanni di Dio"
Viale Aldo Moro 22 – 07026 OLBIA - Tel. 0789/552131 - 112
Mail ordinaria: ssa.olbia@aslgallura.it
PEC: serv.sanitaanimale@pec.aslgallura.it

Oggetto: Modulo di adesione al programma di vaccinazione Bluetongue anno 2026.

Da recapitare al Servizio Veterinario entro il 15/05/2026, oltre il suddetto termine la mancata richiesta, sarà considerata come una mancata adesione.

Il Sottoscritto _____

Codice Fiscale _____

in qualità di Operatore responsabile degli animali dell'allevamento/codice pascolo della specie **ovina**, denominato _____, registrato in BDN con:

Codice Aziendale **IT** _____ ed identificativo fiscale _____

e/o Codice Pascolo **IT** _____ ed identificativo fiscale _____

sito in agro del Comune di _____ Località _____

Indirizzo sede legale via _____ Comune di _____

Telefono _____ Mail ordinaria _____

PEC: _____

DICHIARA

- la propria adesione al programma di vaccinazione nei confronti della Bluetongue, anno 2026 per i sierotipi BTV3 e BTV8 (sui capi adulti e sui capi della rimonta) e per il sierotipo BTV4 (solamente sui capi della rimonta), così come previsto dal Decreto Regionale inter assessoriale n. 9 del 19/03/2026, Allegato 1;
- di essere consapevole che l'adesione al programma vaccinale e l'adozione delle misure di biosicurezza (misure di lotta all'insetto vettore documentabili e verificabili), sono condizioni necessarie per accedere a eventuali indennizzi per danni da Bluetongue.

SI IMPEGNA

- a incaricare il proprio Veterinario Aziendale o a individuare (come previsto dall'art. 3 del Decreto 9/2026) un Medico Veterinario libero professionista, che provvederà ad effettuare la vaccinazione, consapevole che, il vaccino viene fornito gratuitamente a coloro che aderiscono al programma di vaccinazione dalla Regione Sardegna, mentre le spese del Medico Veterinario sono a proprio carico;
- ad adottare ove applicabili (art. 4 del Decreto 9/2026), le misure di profilassi diretta e di biosicurezza per lotta all'insetto vettore, riportate nell'Allegato 2 del Decreto Regionale inter assessoriale n. 9 del 19/03/2026.
- ad aggiornare ed allineare il registro di stalla prima dell'intervento vaccinale.

PRENDE ATTO CHE

- nell'eventuale mancata disponibilità da parte di Medici Veterinari liberi professionisti, può richiedere l'intervento del Servizio Veterinario della ASL competente, consapevole che tale prestazione non è gratuita e che i costi del personale pubblico sono a carico dell'operatore, come previsto dall'art. 9 comma 1 del D.lgs. 32/2021 - € 80,40 /ora per "controlli ufficiali e altre attività ufficiali su richiesta degli operatori".

DICHIARA DI

☐ Aver ricevuto la disponibilità del Veterinario Aziendale e/o di un veterinario Libero Professionista, per programmare ed effettuare la vaccinazione alla quale si sta aderendo, come da Decreto Regionale inter assessoriale n. 9 del 19/03/2026;

☐ Non Avere avuto la disponibilità di un Veterinario Aziendale né di un Libero Professionista, per cui si aderisce con la sottoscrizione del presente modulo alla vaccinazione, demandandone la programmazione e l'effettuazione al Servizio Veterinario della ASL, che (ai sensi del decreto inter assessoriale n. 9 del 19/03/2026), nel caso in cui non vengano precluse le attività istituzionali che gli stessi Servizi veterinari sono chiamati a garantire, la effettuerà a pagamento ricorrendo anche a medici veterinari contrattualizzati - convenzionati dalla ASL.

Luogo e Data _____

Il Dichiarante _____

Per ricevuta Servizio Veterinario - Firma _____