



Alma Mater Studiorum – Università di Bologna
Dipartimento di Scienze Mediche Veterinarie

Allegato 2
Modulo accettazione equidi

Pag. 1 di 1

SOP 07-01 Accettazione presso il punto accettazione centralizzato

Rev. 1

Il sottoscritto _____

Nato a _____, il _____

Residente a _____

Via _____, n. _____

CAP _____, prov. _____

Tel/cell _____

Cod. fisc. n. _____

Fax-n. _____ 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 _____, al n. _____

P.IVA n. _____

Cod.SDI _____ **pec** _____

Tipologia ditta: Individuale, Società di persone,

Società di capitali, Società cooperativa,

Altro _____

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

Nome _____

Mantello _____

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):

sì no

Codice di 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 Mediche Veterinarie (DIMEVET) di eseguire i trattamenti terapeutici e/o indagini diagnostiche del cavallo di cui sopra in base al tariffario in vigore, di cui ha preso visione;

2. in caso di equide DPA:

autorizza il DIMEVET 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:

sì no

3. In caso di neonato non ancora destinato, se durante il ricovero saranno somministrati farmaci non consentiti per equidi DPA, si impegna ad informare la banca dati che rilascia il passaporto dello status di equide non DPA;

4. Trasmette il presente modulo a mezzo mail all'indirizzo: dimevet.accettazione@unibo.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 DIMEVET. In mancanza, il DIMEVET non accetterà l'esecuzione dell'incarico e non farà accedere l'equide nelle proprie strutture;

5. Allega copia del passaporto dell'equide;

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

7. Si impegna ad eseguire a buon fine il pagamento (a mezzo di contanti, assegno intestato a Tesoriere Università Bologna, bancomat, carta di credito, bonifico bancario a favore del DIMEVET- Unicredit Banca – **IT08H0200836990000102274226**, Vaglia postale non trasferibile a favore del DIMEVET) in via anticipata dell'importo pari al 35% del preventivo firmato per accettazione a titolo di **acconto** sulle prestazioni che saranno rese dal DIMEVET. In mancanza il DIMEVET non accetterà l'esecuzione dell'incarico e non farà accedere l'equide alle proprie strutture;

8. Si impegna ad 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 DIMEVET stesso;

9. Espressamente riconosce che il DIMEVET:

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 DIMEVET;

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 presente punto 9.c.

10. Conviene espressamente che per qualsiasi causa o controversia è competente in via esclusiva ed inderogabilmente il Foro di Bologna.

11. Sottoscrivendo il presente modulo acconsente al trattamento dei dati personali nel rispetto del D.Lgs.196/2003 e s.m.i., del regolamento (UE) 2016/679 (GDPR) e D.Lgs. 101/2018.

Il Committente

Luogo _____ **Data** _____

TIMBRO

FIRMA _____

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

Il Committente

Luogo _____ **Data** _____

TIMBRO

FIRMA _____

RISERVATO ALL'AMMINISTRAZIONE

Medico di riferimento (scritto in modo leggibile)

Firma _____

Data _____