



## MODULO COMUNICAZIONE INTERVENTO DI DEPOPOLAMENTO DEI CINGHIALI

Il sottoscritto.....in qualità di Capo / Vice Capo squadra cacciatori cinghiali

n.....

contattabile al numero di cellulare seguente .....

### DICHIARA CHE

(ai sensi degli articoli 45 e 46 del D.P.R. 445/2000)

In data ..... nel/i Comune/i di .....

località .....

a partire dalle ore..... darà attivazione all'intervento programmato di depopolamento cinghiali con l'ausilio di n\_\_ cani e con la partecipazione dei seguenti coadiutori ( come disposto dal Commissario Straordinario alla Peste Suina Africana con nota 0000977-06/10/2025 CSPSA-MDS-P):

N.	Cognome	Nome	Data e Luogo di nascita	Codice Fiscale	Residenza	Titoli Abilitativi	Corso Biosicurezza PSA
1							
2							

3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							
11							
12							
13							
14							
15							


Di aver verificato per ciascun coadiutore:

- a. il titolo abilitativo (GG.VV., selecontrollori, cacciatori iscritti negli A.T.C./C.A. )
- b. il possesso dell'attestato della formazione per la biosicurezza per la PSA
- c. il possesso del porto d'armi per uso venatorio e dell'assicurazione per l'attività di controllo in corso di validità;

Di aver comunicato a ciascun coadiutore:

- a. le regole basilari di prudenza e di sicurezza per il corretto uso e maneggio delle armi durante le operazioni di depopolamento del cinghiale di cui all'allegato "Norme di sicurezza e di comportamento" richiedendo di seguirle scrupolosamente;
- b. di seguire puntualmente ogni altra norma in materia di sicurezza sull'uso delle armi;
- c. di seguire puntualmente quanto previsto nell'Ordinanza del Commissario Straordinario per la PSA n. 3 /2025 "Misure di eradicazione e sorveglianza della peste suina africana" e s.m.i;
- d. Di seguire scrupolosamente quanto previsto dalle norme in materia sanitaria, dal P.R.I.U.

**FIRMA LEGGIBILE**

---