



COMUNE DI CASTEL DI LUCIO  
CITTA' METROPOLITANA DI MESSINA

## AVVISO

### ADESIONE CAMPAGNA VACCINAZIONE PER B.T. (BLUE TONGUE) 2025

SI INFORMANO

I SIGNORI ALLEVATORI E OPERATORI ZOOTECNICI CHE L'AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE - AREA DIPARTIMENTALE DI S.P.V. DISTRETTO DI MISTRETTA, CON NOTA PROT. DEL 14.02.2025, HA COMUNICATO CHE LA DIREZIONE SANITA' ANIMALE DI MESSINA INTENDE ATTIVARE, IN TEMPI BREVI (20.02.2025), IL PIANO VACCINALE IN OGGETTO.

I SOGGETTI INTERESSATI DEVONO CONSEGNARE O RECAPITARE AL SERVIZIO VETERINARIO DI MISTRETTA, ALL'INDIRIZZO MAIL: [veterinario.mistretta@asp.messina.it](mailto:veterinario.mistretta@asp.messina.it), ENTRO E NON OLTRE IL 19.02.2025, APPOSITA ISTANZA SUL MODULO ALLEGATO AL PRESENTE AVVISO.

LO STESSO MODULO SARA' DISPONIBILE PRESSO LE ORGANIZZAZIONI SINDACALI DI CATEGORIA.

CASTEL DI LUCIO 14/02/2025

L'ASSESSORE  
Dott.ssa Mammana Severina R.



IL SINDACO  
Rag. Giordano Giuseppe F.

AL DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE VETERINARIA  
UOS VETERINARIA distretto di \_\_\_\_\_

ASP DI \_\_\_\_\_

OGGETTO: Comunicazione adesione alla campagna di vaccinazione per la febbre catarrale degli ovini 2025. Stabilimento di allevamento registrato al codice aziendale IT \_\_\_\_\_

Il sottoscritto sig. \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_  
il \_\_\_\_\_ e residente  
in \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

Pec \_\_\_\_\_ mail \_\_\_\_\_ cell \_\_\_\_\_

nella qualità di operatore dello stabilimento di allevamento della specie \_\_\_\_\_

Registrato al codice aziendale IT \_\_\_\_\_, sito nel Comune di \_\_\_\_\_  
C-da /Via \_\_\_\_\_, in riferimento alla legge Regionale n. 28 del  
18/11/2024, art. 28 comma 13, che prevede l'acquisto del vaccino per la febbre catarrale degli ovini  
BTV8 nel 2025,

#### COMUNICA

DI VOLER ADERIRE ALLA SUDETTA CAMPAGNA DI VACCINAZIONE. tal fine  
comunica che nel suo stabilimento sono presenti i seguenti animali delle specie sensibili:

N. \_\_\_\_\_ OVINI - N. \_\_\_\_\_ CAPRINI - N. \_\_\_\_\_ BOVINI

DI NON VOLER ADERIRE AL SUDETTO PROGRAMMA VACCINALE.

Quanto sopra, per gli adempimenti previsti da parte di codesta Autorità Sanitaria.

data \_\_\_\_\_

L' OPERATORE  
\_\_\_\_\_