

Serie Ordinaria n. 50 - Martedì 11 dicembre 2012

**ALLEGATO 1**  
**Regione Lombardia**  
**CONFERIMENTI DI ANIMALI SELVATICI**

(\*)Facoltativo per il conferimento di visceri di Lepre

**Accettazione N°:**.....**OPERATORE:**.....**DATA:**.....  
 Cognome e come(\*).....  
 Indirizzo(\*).....Comune(\*).....  
 Qualifica(\*).....Recapito telefonico(\*).....  
 Comprensorio/Ambito territoriale di caccia.....SETTORE.....  
 ASL distretto di(\*).....Veterinario(\*).....

*Barrare con una X la casella corrispondente alla specie, al sesso ed all'età*

SPECIE	SESSO	ETA'				
<input type="checkbox"/> Capriolo	<input type="checkbox"/> MASCHIO	<input type="checkbox"/> Classe 0	<input type="checkbox"/> Classe 1	<input type="checkbox"/> Classe 2	<input type="checkbox"/> Classe 3	<input type="checkbox"/> Classe 4
<input type="checkbox"/> Camoscio	<input type="checkbox"/> FEMMINA	<input type="checkbox"/> Classe 0	<input type="checkbox"/> Classe 1	<input type="checkbox"/> Classe 2	<input type="checkbox"/> Classe 3	
<input type="checkbox"/> Cervo						
<input type="checkbox"/> Mufone						
<input type="checkbox"/> Cinghiale						
<input type="checkbox"/> Lepre	<input type="checkbox"/> MASCHIO	<input type="checkbox"/> Giovane		<input type="checkbox"/> Adulto		
<input type="checkbox"/> Volpe	<input type="checkbox"/> FEMMINA	<input type="checkbox"/> Giovane		<input type="checkbox"/> Adulto		
<input type="checkbox"/> Altro.....						

**Animale:**  DA PRELIEVO VENATORIO  TROVATO MORTO  DA PIANI DI A BBATTIMENTO  ALTRO.....

**Data di Ritrovamento/Abbattimento:** .....

**Numero identificativo:** .....

**Luogo:** Comune.....Località.....  
 Riserva/ZRC/ZRA/Oasi faunistica.....  
 Altitudine.....

BOSCO  ZONA APERTA  VICINANZA CENTRO ABITATO  VICINANZA STRADA  VICINANZA STALLA  ALTRO.....

**Segni di malattia:**  DIFFICOLTA' NEL MOVIMENTO  DIFFICOLTA' RESPIRATORIE  LESIONI CUTANEE  
 LESIONI OCULARI  IMBRATTAMENTO POSTERIORE  ALTRO.....

**N° campioni** ..... **Stato conservazione materiale:**  FRESCO  CONGELATO

**Campioni:**  CARCASSA  SANGUE  MUSCOLO  TESTA  VISCERI  FECI  ALTRO...

Referente per territorio ..... **Firma conferente** .....