

**Allegato 2**

Modulo di adesione al programma di  
vaccinazione Bluetongue anno 2026

➤ Spett.le S.C. Sanità Animale – ASL Cagliari  
Via Nebida, 21 – 09125 Cagliari: tel. 070 6092713-17  
Mail ordinaria: [sanitaanimale.aslscagliari@aslscagliari.it](mailto:sanitaanimale.aslscagliari@aslscagliari.it)  
PEC: [serv.vetsanitaanimale@pec.aslscagliari.it](mailto:serv.vetsanitaanimale@pec.aslscagliari.it)

Il Sottoscritto \_\_\_\_\_  
codice fiscale \_\_\_\_\_  
in qualità di Operatore responsabile degli animali dell'allevamento della specie ovina presso lo Stabilimento  
aziendale riportante il Codice Aziendale IT \_\_\_\_\_ sito in agro del Comune di  
\_\_\_\_\_ 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 (su capi adulti e capi della rimonta) e il sierotipo BTV4 (solamente sui capi della rimonta)  
così come previsto dal Decreto regionale interassessoriale n. 9 del 19/03/2026, Allegato 1.

Data: .....

**Il Dichiarante\***

.....