



AMBITO TERRITORIALE DI CACCIA 1
 via Don Luigi Sturzo, 43/f 52100 Arezzo
 tel. 0575-355532 fax 0575-323322
info@atc1ar.it info@pec.atc1ar.it

MODELLO 7

ABBATTIMENTO CINGHIALE

CACCIATORE DI SELEZIONE _____

APPARTENENTE AL DISTRETTO DI CACCIA _____

SOTTOZONA _____ APPOSTAMENTO n° _____ DATA DI ABBATTIMENTO _____ ORA _____

CAPO ABBATTUTO BOLLO N°

MASCHIO ADULTO		MASCHIO GIOVANE		MASCHIO STRIATO	
FEMMINA ADULTA		FEMMINA GIOVANE		FEMMINA STRIATA	

PESO PIENO KG. _____

PESO VUOTO KG. _____

MAMMELLE CON PRESENZA DI LATTE SI NO

PRESENZA DI FETI SI n° _____ NO

OSSERVAZIONI DEL CACCIATORE (sul capo abbattuto)

Firma del presidente o del coadiutore del distretto che ha visionato il capo: _____

Data _____

Firma del cacciatore: _____

Nel caso di capo ferito e recuperato compilare le informazioni richieste nel presente modulo ed inoltre specificare:

n° uscita di caccia _____ Nome Cognome del recuperatore _____

data del recupero _____ Firma del recuperatore _____