

Al Sig. Sindaco del Comune
di _____
Al Servizio Veterinario
Igiene Alimenti di
Origine Animale dell'ASL N° 1
Distretto di _____

Macellazione ad uso familiare presso il domicilio/azienda

Il sottoscritto _____ nato a _____
il _____ e domiciliato in _____ via _____
n. _____ telefono _____, proprietario dell'azienda cod. Az. _____ sita
in _____ località _____

CHIEDE

di poter macellare presso il proprio domicilio/azienda n. _____ capi di specie SUINA
categoria _____ tatuaggio auricolare _____

La macellazione è programmata per il giorno ___/___/___

_____ li _____ Firma _____

Parte riservata al servizio veterinario

Si autorizza la macellazione per il giorno _____

Non si autorizza la macellazione per i seguenti motivi _____

Visto _____

Informazioni relative alla macellazione uso famiglia

L'UTENTE SI IMPEGNA A:

- macellare animali in buono stato di salute
- effettuare le macellazioni in aree idonee
- procedere allo stordimento dell'animale nel rispetto delle norme sul benessere animale (Reg Ce 1099/2009)
- attenersi alle disposizioni del veterinario riguardo alle modalità di distruzione e smaltimento di eventuali organi o parti di carcassa non idonei al consumo umano.

Il consumo delle carni è riservato all'esclusivo uso familiare essendo vietata ogni forma di commercializzazione delle carni e dei prodotti da essi derivati.

L'esito positivo dell'esame trichinoscopico verrà comunicato entro e non oltre 7 giorni dal prelievo; in caso contrario l'esito deve ritenersi negativo.

Durante i sette giorni le carni potranno essere consumate esclusivamente ben cotte. In caso di esito positivo le carni dovranno essere distrutte.