

Direttore: Dott.ssa Francesca De Paulis

MODELLO 2 - NOTIFICA MACELLAZIONE A DOMICILIO PER IL CONSUMO FAMILIARE DELL'ALLEVATORE

Al Servizio Veterinario di Igiene degli alimenti di Origine Animale e loro derivati
ASL 1 Abruzzo

Il sottoscritto (Cognome) _____ (Nome) _____
nato a _____ provincia _____ data ____/____/____ e domiciliato in
_____ nel Comune di
_____ Provincia _____ reperibile al Tel. _____

NOTIFICA LA MACELLAZIONE in data _____ presso il proprio domicilio

(solamente suini)

N°	SPECIE	CATEGORIA	ETA'	SESSO	PV/kg	MARCA

provenienti dal proprio allevamento c/o l'Azienda (Cod. Aziendale) IT _____ AQ _____ sita nel Comune
di _____ Prov. _____ Indirizzo _____

La macellazione è programmata per il giorno ____/____/____ alle ore _____

Si impegna a

- Utilizzare le relative carni per il ristretto ed esclusivo ambito del proprio nucleo familiare;
- Effettuare le operazioni di macellazione in aree idonee a tale scopo;
- Non arrecare disturbo o turbamento alle persone che abitano vicino nel corso delle operazioni di macellazione;
- Utilizzare solo acqua pulita;
- Macellare animali in buono stato di salute e qualora vi siano segni di sospetta malattia sugli animali non effettuare la macellazione e richiedere la visita veterinaria;
- Procedere allo stordimento dell'animale con pistola a proiettile captivo, o con strumenti idonei di elettronarcosi prima del dissanguamento, nel rispetto delle norme sul benessere animale;
- Procedere al completo dissanguamento;
- Rendere disponibili per la visita veterinaria, nella località indicata dal servizio veterinario igiene degli alimenti di origine animale i seguenti visceri lingua, tonsille, esofago, trachea, cuore, polmone, diaframma, milza e fegato completi e connessi anatomicamente;
- Non spandere liquami o contaminare fossi e corsi di acqua;
- Smaltire i sottoprodotti secondo la normativa vigente.

Autorizza il trattamento dei dati personali per fini amm.vi. Luogo e data _____ Firma _____

AUTODICHIARAZIONE:

Il sottoscritto consapevole di quanto disposto dall'art. 76 del D.P.R. 28 Dicembre 200 n.455 per le ipotesi di falsità in atti e/o dichiarazioni mendaci sui dati indicati e le dichiarazioni rese in modo non veritiero DICHIARA, con questa notifica, che nell'azienda con il codice _____ non sono superati i limiti di macellazione previsti dalla normativa in vigore.

Data e firma

La macellazione è stata effettuata e l'ispezione eseguita in data ____/____/____ Il Veterinario Ispettore _____

Sede di L'AQUILA
Via G. Bellisari
Tel. 0862.388908
Fax 0862.366854

Sede di AVEZZANO
Via Monte Velino, 14/16
Tel. 0863.499838
Fax 0863.499873

Sede di SULMONA
Via Gotizia, 4
Tel. 0864.499627
Fax 0864.212045

Sede di CASTEL DI SANGRO
Via De Petra, 4
Tel. 0864.899618
Fax 0864.899605