

Al SIAOA dell'Area Vasta 2 sede di \_\_\_\_\_

Il/la sottoscritto/a Sig.ra \_\_\_\_\_ nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

residente nel Comune di \_\_\_\_\_ Loc./via \_\_\_\_\_

telefono/cell. \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_

Chiede

di poter effettuare presso il proprio allevamento identificato con Cod. Az. IT \_\_\_\_\_ / AN / \_\_\_\_\_

la macellazione per autoconsumo del proprio nucleo familiare di n. \_\_\_\_ suino/i ovicaprino/i di sua proprietà, contrassegnato/i con il/i numero/i di identificazione - tatuaggio \_\_\_\_\_

La macellazione verrà effettuata il giorno \_\_\_\_\_ alle ore \_\_\_\_\_

**Con la presente il sottoscritto dichiara :**

di avere preso visione e di rispettare le regole dell'informativa allegato 2

che le carni saranno destinate all'esclusivo consumo del proprio nucleo familiare

Data \_\_\_\_\_

firma \_\_\_\_\_

**ATTESTATO DI AUTORIZZAZIONE ALLA MACELLAZIONE E DI AVVENUTO CONTROLLO SANITARIO**

Il Medico-Veterinario Dr. \_\_\_\_\_ autorizzata la macellazione,

dichiara che:

a) l'esame delle carni/dei visceri di n. \_\_\_\_\_ capo/i, del sig. \_\_\_\_\_ sopra identificato effettuato presso \_\_\_\_\_ ha / non ha evidenziato alterazioni o segni di malattie che rendano le carni inadatte al consumo umano;

b) è stato effettuato il prelievo del/i campione/i per la ricerca di *Trichine* e che il risultato dell'esame verrà notificato, se positivo, al proprietario (SUINI).

In attesa del risultato delle analisi di laboratorio, la carne potrà essere consumata esclusivamente dopo completa cottura a cuore del prodotto (temperatura interna da raggiungere con la cottura deve essere di almeno 71 C°).

Osservazioni

\_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

IL MEDICO VETERINARIO

\_\_\_\_\_