Allegato 1

All'U.O.C. Igiene degli Alimenti di Origine Animale AST Ancona sede di_____

Il/la sottoscritto/a Sig./ra_____ nato/a a _____ il_____ residente nel comune di _____
Loc./via_____
Tel._____

COMUNICA

☐ di effettuare presso il proprio allevamento identificato con codice aziendale IT_____ la **macellazione per autoconsumo familiare** di:

- n. ____ovino-caprino/i (massimo 4, di età inferiore a 12 mesi, o 8 agnelli-capretti di peso vivo inferiore ai 15 kg.) di sua proprietà, ☐ contrassegnato/i con il/i numero/i di identificazione – tatuaggio;
- n. ____ suini ☐ contrassegnato/i con il/i numero/i di identificazione – tatuaggio_____ .

La macellazione verrà effettuata il giorno __/__/___ alle ore____:____

Con la presente il sottoscritto dichiara:

1. **di avere preso visione dell'informativa allegato 2**
2. **di rispettare quanto indicato nell'informativa**
3. **di aver verificato che ha aggiornato l'anagrafica in BDN e che provvederà entro 7 giorni allo scarico dell'animale/i macellato/i per autoconsumo che, nel caso dei suini, permetterà agli uffici AST di registrare l'esito dell'esame trichinoscopico in BDN;**

Data____/___/_____

firma

_____

ATTESTATO DI AVVENUTO CONTROLLO SANITARIO

Il sottoscritto Veterinario Dr. _____ dichiara che:

a) l'esame delle carni /dei visceri di n. ___ ovino/i-caprino/i-suino/i, del Sig. _____ cod. aziendale _____effettuato presso sedi di _____ ora _____ non ha evidenziato alterazioni segni di malattie che rendano le carni non adatte al consumo umano.
b) Per le carni suine è stato effettuato il prelievo per la ricerca di trichinella spiralis , di cui sarà comunicato l'esito in caso di positività ed entro le 72 ore al proprietario degli animali . In attesa del risultato delle analisi di laboratorio, le carni potranno essere consumate solo dopo accurata cottura.

Osservazioni _____

Data_____

IL MEDICO VETERINARIO

_____