

**Direttore: Dott.ssa Francesca De Paulis**

**MODELLO 2 - NOTIFICA MACELLAZIONE A DOMICILIO PER AUTOCONSUMO**

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. \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_

**NOTIFICA LA MACELLAZIONE** in data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ presso il proprio domicilio

(solamente suini)

N°	SPECIE	CATEGORIA	ETA'	SESSO	PV/kg	MARCA

provenienti dall' allevamento (Cod. Aziendale) IT \_\_\_\_\_ AQ \_\_\_\_\_ sito 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 elettroanestesi prima del dissanguamento, nel rispetto delle norme sul benessere animale;
- Procedere al completo dissanguamento;
- Rendere disponibili per la visita veterinaria, nella località e **nell'orario concordato** con il 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 2000 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 \_\_\_\_ AQ \_\_\_\_\_, non sono superati i limiti di macellazione previsti dalla normativa in vigore.

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

La macellazione è stata effettuata e l'ispezione eseguita in data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Il Veterinario Ispettore \_\_\_\_\_