

SERVIZIO VETERINARIO ASL ROMA 6

- Area Funzionale B -

Oggetto: macellazione a domicilio.

Il/La sottoscritto/a _____

nato/a a _____ il ____ / ____ / ____

residente in _____ (____)

Via/Piazza _____ n. _____

TELEFONO _____ CELL. _____

COMUNICA

ai sensi dell'art. 13 del R.D. 20 dicembre 1928, n. 3298 la macellazione di n. _____

suini di sua proprietà per uso esclusivamente familiare.

La macellazione avverrà il giorno _____ alle ore _____

In località _____ Via _____

A tal fine dichiara che:

- le carni sono destinate al nucleo familiare;
- dispone di attrezzature e spazi idonei;
- dispone di acqua idonea al consumo alimentare umano;
- non sono stati eseguiti trattamenti medicamentosi / di aver rispettato, ai sensi del D. L.vo 158/2006, i tempi di sospensione previsti;
- vengono adottate adeguate procedure per la tutela del benessere animale mediante, compresi metodi di stordimento consentiti e personale esperto.

Data _____

In fede

(Spazio riservato al Veterinario incaricato)

ESITO ISPEZIONE DELLE CARNI: FAVOREVOLE / SFAVOREVOLE

RICERCA TRICHINELLA SPP. IN CORSO (N.B.: Prima dell'esito negativo della ricerca della *Trichinella Spp.* - da acquisire presso la direzione del Servizio Veterinario Area B tel: 06/93273101-3102 - le carni possono essere consumate esclusivamente previa accurata cottura).

DATA ____ / ____ / ____ - FIRMA _____

