RICHIESTA AUTORIZZAZIONE MACELLAZIONE DOMICILIARE SUINI
RICHIESTA VISITA SANITARIA DOMICILIARE

(DCA n.91 del 21 Agosto 2015)

(Compilare correttamente in stampatello tutte le parti. La non corretta compilazione comporterà l'annullamento di tale richiesta.)

Il/La sottoscritto/a Sig./ra _____

Nato/a a _____ il _____

Residente nel Comune di _____ Prov. _____

Località/Via _____

Recapito telefonico _____

Recapito E-MAIL _____

Codice Fiscale

Oppure Codice di Stalla

Chiede l'autorizzazione alla macellazione e le visite sanitarie su n._____ suino/i (massimo 4), di

sua proprietà, contrassegnati con i numeri di identificazione-tatuaggio _____

destinati al consumo familiare, per il giorno_____ alle ore _____

in località_____

Si allega il Modello 4 (Dichiarazione di provenienza degli animali) per i suini che non sono nati in azienda.

Con la presente il sottoscritto si impegna a:

1. Non arrecare disturbo alle abitazioni vicine nel corso della macellazione;
2. Utilizzare solo acque con caratteristiche di potabilità
3. Macellare suini in stato di salute e qualora dovessero esservi segni di sospetta malattia sugli animali, non effettuare la macellazione e richiedere la visita sanitaria;
4. Procedere allo stordimento dell'animale con pistola a proiettile captivo, prima del dissanguamento, nel rispetto del benessere animale;
5. Procedere al completo dissanguamento;
6. A rendere disponibili per la visita sanitaria, nella località indicata al Servizio Veterinario, i seguenti VISCERI INTERI:LINGUA,TONSILLE, ESOFAGO,TRACHEA, CUORE E POLMONE, DIAFRAMMA E FEGATO ANATOMICAMENTE CONNESSI, MILZA E RENI e le mezzene.
7. Non spandere liquami o contaminare fossi e corsi d'acqua; 8) Smaltire i prodotti secondo normativa vigente. 9) Dichiara inoltre, sotto la propria responsabilità, che la carne sarà destinata ad esclusivo consumo familiare.
8. **A lasciare integro il cuore per permettere il prelievo del coagulo di sangue.**

Data_____ Firma del proprietario del suino/i _____

A.S.P COSENZA -SERVIZIO VETERINARIO Igiene Alimenti di O.A.

SI/NO AUTORIZZA

Il Direttore U.O.C./Resp. U.O.S.

_____

(Timbro e firma)