

ALL. 1

Al Servizio Veterinario Asl Roma 5

Area Tutela Igienico sanitaria alimenti O.A.

Distretto di _____

OGGETTO : Comunicazione macellazione a domicilio per il consumo domestico privato

Il/la sottoscritto/a _____

Nato a _____ il _____

Residente in _____

Recapito telefonico _____

Ai sensi della normativa vigente,

COMUNICA CHE

Il giorno _____ alle ore _____ c/o l'allevamento codice aziendale _____

sito nel Comune di _____ via _____

Sarà/saranno macellati numero _____ capo/i della specie suina .

■ RICHIEDE VISITA ISPETTIVA

Dichiara altresì di essere a conoscenza che, fino all'acquisizione dell'esito delle analisi effettuate per la ricerca della Trichinella Spiralis (esame trichinoscopico), eseguite su ogni suino macellato, potrà consumare le relative carni esclusivamente dopo cottura.

Allega Dichiarazione sostitutiva di Atto di Notorietà e Ricevuta di avvenuto pagamento.

In fede _____