



DISTRETTO DI MONTROTONDO
DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE
SERVIZI VETERINARI
U.O.C. Tutela Igienico Sanitaria degli Alimenti di Origine Animale

Ai Sindaci dei Comuni
di MENTANA E FONTE NUOVA
protocollo@pec.comune.mentana.rm.it
protocollo@cert.fonte-nuova.it

Oggetto: Macellazione domestica privata suini stagione 2026-2027 nelle aree al di fuori della "zona infetta" istituita per contenere la diffusione della Peste suina africana

Si trasmette la disposizione a firma del Direttore ff della Unità Operativa Complessa "*Tutela igienico sanitaria degli alimenti di origine animale*" della ASL ROMA 5, corredata della relativa modulistica, rivolta ai detentori di animali della specie suina e finalizzata a garantire una corretta procedura nelle operazioni di macellazione, ad uso familiare, presso il proprio domicilio.

Per facilitare la fruizione del servizio d'ispezione delle carni, si chiede alla S.V. di divulgare l'allegata nota e disporre, qualora ritenuto opportuno, l'accoglimento delle domande/comunicazioni, anche presso gli uffici comunali, garantendo la trasmissione delle stesse al Servizio Veterinario competente entro le 24 ore successive al ricevimento, al seguente indirizzo mail,

Indirizzo mail distrettuale: svet.monterotondo@aslroma5.it

Nel restare a disposizione per ogni ulteriore chiarimento
Invio Cordiali Saluti.



Area Tutela igienico-sanitaria degli
Alimenti di Origine Animale
Dott.ssa Tolomei Alessandra

ALLEGATI:

- 1) Comunicazione ai Sindaci, del Direttore della UOC "*Tutela Igienico Sanitaria degli Alimenti di Origine Animale*;
- 2) Comunicazione macellazione (all.1);
- 3) Dichiarazione sostitutiva di Atto di Notorietà.



ASL ROMA 5 - TIVOLI
Dipartimento di Prevenzione
Area Tutela Igienico Sanitaria degli Alimenti
di Origine Animale

Ai Sindaci dei Comuni
della ASL Roma 5

Oggetto: Animali della specie suina. Campagna di macellazione 2026/2027-
Suini macellati a domicilio per uso domestico privato. Trasmissione modulistica.

In vista dell'imminente inizio della campagna di macellazione suini per uso domestico privato, stagione 2026/2027, effettuata al di fuori dei macelli, si trasmette la modulistica inerente.

Si invitano i Sindaci dei Comuni del territorio della ASL Roma 5 a dare la massima diffusione alla presente nota e a mettere a disposizione dell'utenza, qualora ritenuto opportuno, presso gli uffici comunali preposti, il modulo di comunicazione (All.1) e la dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà completa di informativa sulla privacy, specificatamente dedicati agli animali della specie suina.

In base alla normativa vigente, gli interessati dovranno:

- comunicare, con congruo anticipo, la data di macellazione (All.1), da presentare presso i Servizi Veterinari competenti per territorio, anche via mail o nelle sedi comunali di residenza;
- effettuare il pagamento di Euro 8 (otto) ai fini della esecuzione dell'esame trichinoscopico presso il laboratorio dell'Istituto Zooprofilattico di Roma, per ogni suino macellato. **Il frammento di muscolo diaframmatico (fresco o eventualmente refrigerato, non congelato), unitamente alla ricevuta di pagamento, dovrà essere conferito presso gli Uffici del distretto Veterinario competente per territorio;**
- se interessati alla visita ispettiva post-mortem, presso il proprio domicilio, dei suini macellati, gli stessi proprietari dovranno richiederla nel modello di comunicazione (All.1) barrando la casella "richiede visita ispettiva" ed effettuare anche il pagamento di euro 15 per il primo suino macellato ed euro 5 per ogni successivo animale, fino ad un massimo totale di 4 (quattro) soggetti in una unica seduta di macellazione. **In questo caso, contestualmente alla visita, il Veterinario Ufficiale provvederà al prelievo della porzione di muscolo diaframmatico da inviare al laboratorio;**

Si rammenta che è a discrezione del Serv. Vet. competente per territorio, programmare visite ispettive a campione, in ragione del 10% dei capi totali macellati nel distretto.

Tabella riassuntiva con o senza visita ispettiva a domicilio:

N° SUINI MACELLATI	TARIFFA ESAME TRICHINOSCOPICO SENZA VISITA ISPETTIVA A DOMICILIO	TARIFFA VISITA ISPETTIVA A DOMICILIO (SU RICHIESTA)	TARIFFA TOTALE ESAME TRICH. + VISITA ISPETTIVA A DOMICILIO
1	8	15	23
2	16 (8+8)	20 (15+5)	36
3	24 (8+8+8)	25 (15+5+5)	49
4	32 (8+8+8+8)	30 (15+5+5+5)	62

I PAGAMENTI SONO DA EFFETTUARSI:

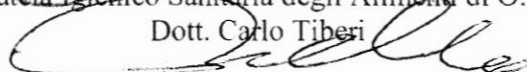
- CC N 82501008
- BONIFICO POSTALE: IT 45 A 07601 03200 000082501008
- BONIFICO BANCARIO: IT 13 K 02008 39452 000006570071

INTESTATO AD: ASL ROMA 5 SERVIZIO TESORERIA
 CAUSALE: ESAME TRICHINOSCOPICO
 VISITA ISPETTIVA SUINO MACELLATO USO FAMIGLIA

Cordiali Saluti.



Il Direttore ff della UOC
 Tutela Igienico-Sanitaria degli Alimenti di O.A.
 Dott. Carlo Tiberi



Al Servizio Veterinario Asl Roma 5
Area Tutela Igienico sanitaria alimenti O.A.
Distretto di Monterotondo

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 _____

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETÀ (art. 47 T.U. – D.P.R. n. 445 del 28/12/2000)

Il/La sottoscritto/a _____
nato/a a _____ il _____ residente in _____
via _____ codice fiscale _____
telefono _____ cell _____
email _____ consapevole che in caso di mendaci dichiarazioni il
DPR 445/2000 prevede sanzioni penali e decadenza dai benefici (art. 76 e 75) e informato/a che i dati forniti
saranno utilizzati ai sensi del D.Lgs 196/2003

DICHIARA CHE

Il giorno _____ presso l'allevamento codice aziendale _____

Sito nel Comune di _____ sarà/saranno macellato/i per consumo

domestico n. _____ capo/i della **specie suina**

Le carni ottenute dalla macellazione saranno depositate nel frigorifero presso il domicilio sopra indicato.
Al riguardo il sottoscritto si impegna ad utilizzare tutte le carni ottenute dalla macellazione, oggetto della
presente dichiarazione (Kg presunti), nel rispetto ed esclusivo ambito familiare, e ad accettare, anche presso
il proprio domicilio, i controlli rivolti a verificare eventuali abusi commerciali. Dichiara inoltre di rispettare
le seguenti indicazioni:

- di trasmettere al Servizio Veterinario la presente comunicazione con un anticipo di 7 giorni lavorativi;
 - di aver allevato i presenti animali dalla nascita o almeno nei 30 giorni precedenti la macellazione;
 - di verificare il buono stato di salute degli animali e, qualora dovessero esservi sospetti di malattia, di non effettuare la macellazione e richiedere visita sanitaria;
 - di non aver eseguito trattamenti medicamentosi / di aver rispettato i tempi di sospensione previsti;
 - di rispettare il benessere animale, in particolare di procedere alla macellazione previo stordimento effettuato mediante pistola a proiettile captivo da parte di una persona che abbia un adeguato livello di competenza (Reg. CE 1099/2009);
 - di garantire che le operazioni di macellazione e trasformazione delle carni vengano effettuate in luoghi idonei e nel rispetto dei requisiti minimi di igiene;
 - di possedere idonee strutture frigorifere nei casi in cui si scelga di macellare suini in un periodo dell'anno che non sia compreso tra novembre e marzo;
 - di smaltire gli scarti di lavorazione (sottoprodotti) come rifiuti organici, senza disperderli nell'ambiente;
 - di impegnarsi a non commercializzare le carni e i prodotti ottenuti, destinandoli esclusivamente al consumo all'interno del proprio nucleo familiare;
 - di impegnarsi a registrare in BDN la presente movimentazione per macellazione a domicilio entro 7 giorni;
 - di non procedere alla macellazione di più di n. 4 capi suini/anno.
 - Le carcasse, le frattaglie ed il sangue saranno sottoposti ad accurato esame al fine di evidenziare segni che potrebbero deporre per la loro inidoneità al consumo. Qualsiasi anomalia verrà prontamente riportata al competente Servizio Veterinario.
 - Da tutti i SUINI macellati verrà prelevata una porzione di diaframma pari ad almeno 50 g destinata alla ricerca di Trichinella.
- Sarà cura del Servizio veterinario comunicare gli esiti dell'analisi.

Sono consapevole che è fatto divieto di consumare qualsiasi parte dell'animale, con esclusione del sangue e del fegato, prima dell'esito favorevole dell'analisi per la ricerca di Trichinella.

Il sottoscritto qualora richiedesse la Visita Ispettiva da parte del Veterinario Ufficiale è consapevole che la stessa è a pagamento

Luogo e data _____

Firma _____

INFORMATIVA SULLA PRIVACY

(D. Lgs. 10 agosto 2018, n. 101 e dell'art. 13 del Reg. UE n. 2016/679)

Finalità del trattamento. I dati personali saranno utilizzati dagli uffici nell'ambito del procedimento per il quale la dichiarazione viene resa.

Modalità del trattamento. I dati saranno trattati dagli incaricati sia con strumenti cartacei sia con strumenti informatici a disposizione degli uffici. *Ambito di comunicazione.* I dati potranno essere comunicati a terzi nei casi previsti della Legge 7 agosto 1990, n. 241 ("Nuove norme in materia di procedimento amministrativo e di diritto di accesso ai documenti amministrativi") ove applicabile, e in caso di controlli sulla veridicità delle dichiarazioni (art. 71 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445 "Testo unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa").

Diritti. L'interessato può in ogni momento esercitare i diritti di accesso, di rettifica, di aggiornamento e di integrazione dei dati come previsto dall'art. 7 del D.lgs 196/2003. Per esercitare tali diritti tutte le richieste devono essere rivolte all'ASL. *Titolare del trattamento:* ASL competente per territorio

Io sottoscritto/a dichiaro di aver letto l'informativa sul trattamento dei dati personali.

Luogo e data _____

Firma _____