

DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE

S.S.D. Veterinaria Area B

Via Don L. Sturzo 20 – 13900 BIELLA

Responsabile: Dr. Sandro Pellegrini
Tel. 015-15159287 Fax. 015-15159205
e-mail: area.b@aslbi.piemonte.it

ALLEGATO 2

Al Servizio Veterinario Area B

dell'ASL _____

SEDE _____

OGGETTO: Comunicazione macellazione per consumo domestico privato da effettuarsi presso
l'allevamento con codice aziendale _____

Ai fini della comunicazione in oggetto il sottoscritto

_____ residente in _____

via _____ n. _____

Codice Fiscale _____ trasmette in allegato alla
presente:

- dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà
- fotocopia del proprio documento d'identità

Cordiali saluti.

Addì, _____

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 _____

Via _____ n. _____

Codice Fiscale _____ telefono _____

e-mail _____

consapevole che in caso di mendaci dichiarazioni il DPR 445/2000 prevede sanzioni penali e decadenza dai benefici (artt. 76 e 75) e informato/a che i dati forniti saranno utilizzati ai sensi del D.Lgs 196/2003

DICHIARA CHE

il giorno _____ c/o l'allevamento codice aziendale n. _____
sito nel Comune di _____ sarà/saranno
macellato/i per consumo domestico privato n. _____ capo/i della specie

OVINA CAPRINA SUINA

CINGHIALE ALLEVATO Marca auricolare/Codice identificativo _____

Le carni ottenute dalla macellazione saranno depositate:

nel frigorifero presso il domicilio sopra indicato

nel frigorifero dei seguenti familiari:

nominativo _____

domicilio _____

nominativo _____

domicilio _____

nominativo _____

domicilio _____

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 del proprio nucleo 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 3 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 rispettare il benessere animale, in particolare di procedere alla macellazione previo stordimento effettuato mediante pistola a proiettile captivo o altro metodo idoneo da parte di una persona che abbia un adeguato livello di competenza (reg.CE 1099/2009). A tale riguardo si dichiara che gli animali verranno storditi mediante l'utilizzo di _____ ;

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 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/nucleo familiare oppure n. 6 capi ovi- caprini di età <12 mesi/anno/nucleo familiare per il consumo domestico privato.

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. Il campione verrà consegnato al Servizio Veterinario entro 24 ore dall'avvenuta macellazione o il primo giorno lavorativo successivo alla macellazione. 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.

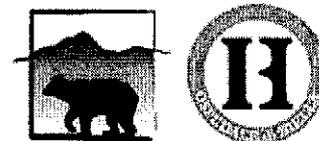
Il sottoscritto richiede una Visita Ispettiva da parte del Veterinario Ufficiale: SI
 NO

(il pagamento degli oneri relativi alle spese di ispezione veterinaria è a carico del richiedente)

Luogo e data _____ Firma _____

Ai sensi dell'art.38 del D.P.R. del 28/12/2000, n.445 la dichiarazione è sottoscritta dall'interessato in presenza del dipendente addetto ovvero sottoscritta e presentata all'ufficio competente, unitamente a copia fotostatica non autenticata di un documento di identità del sottoscrittore. È ammessa la presentazione anche per via telematica o a mezzo posta.

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



AZIENDA SANITARIA
LOCALE DI BIELLA

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 _____

N.B. Si allega copia del documento di identità del sottoscrittore

