

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 _____

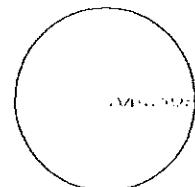
In fede

(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 _____



U.O.C. Servizio Veterinario Area B
 Via Sannibale 10/12
 00041 Albano Laziale (RM)
 Tel. 06 93273101-3102 Fax 06 93262352
 e-mail: igiene.alimenti@aslroma6.it
 pec: igiene.alimenti@pec.aslroma6.it

**All'Istituto Zooprofilattico Sperimentale
 delle Regioni Lazio e Toscana
 Via Appia Nuova, 1441
 000178 ROMA**

Oggetto: Esami per ricerca Trichinella Spp. – Reg. (CE) 2075/05 Codice tariffario AL30

Il/la sottoscritto/a Dr./Dott.ssa _____, Medico Veterinario
 ASL ROMA 6, invia per le ricerche in oggetto n. _____ campione/i di pilastro del
 diaframma prelevato/i dal/i suino/i macellato/i a domicilio sotto identificato/i:

| CAMPIONI DI PILASTRO DEL DIAFRAMMA DI SUINO/I | | | | | | |
|--|--------------|------------|---------------|--------------|------------|----|
| (barrare le voci che interessano) | | | | | | |
| CAMPIONE N. 1 | | | CAMPIONE N. 2 | | | |
| SCROFA | SUINO ADULTO | LATTONZOLO | SCROFA | SUINO ADULTO | LATTONZOLO | |
| PROPRIETARIO | COGNOME | | | | | |
| | NOME | | | | | |
| INDIRIZZO | VIA | | | | | |
| | COMUNE | | | | | |
| | TELEFONO | | | | | |
| Ricevuta versamento intestato ad IZS LT per espletamento prova di laboratorio. | | | | | SI | NO |

Si prega di inviare risposta a: E-mail: igiene.alimenti@aslroma6.it Fax: 06 93262352;

Data, ___ / ___ / ___

Il Veterinario

ESTREMI PER VERSAMENTI MACELLAZIONE SUINI A DOMICILIO

VERSAMENTO 1

Intestazione: **AZIENDA USL ROMA 6 - BORGO GARIBALDI 12 - 00041 ALBANO LAZIALE**

N. C/C postale: **20599015**

Importo dovuto: **€ 22,05** a suino + **€ 0,52 a km.** (indennita' chilometrica)

Causale di versamento: **codice prestazione 5B** macellazione suini a domicilio

VERSAMENTO 2

Intestazione: **I. Z. S. LAZIO E TOSCANA**

N. C/C postale: **57317000**

Importo dovuto: **€ 8,00 da 1 a 2 suini**

Importo dovuto: **€ 19,00 3 suini**

Causale di versamento: **esame trichinoscopico**