

# 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 \_\_\_\_\_

