

ALL. 1

Al Servizio Veterinario Asl Roma 5

Area Tutela Igiene 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 _____