

MACELLAZIONE DOMICILIARE SUINI PER USO FAMILIARE

AL SIGNOR SINDACO DEL COMUNE DI _____ (PZ)

Il/La sottoscritto/a _____
nato/a _____ il _____
residente a _____ tel. _____
C.F.: _____ codice aziendale _____
chiede di essere autorizzato/a a macellare n° _____ suino/i di sua proprietà contrassegnato/i
con il/i numero/i d'identificazione _____
destinato/i al consumo familiare, il giorno _____
in Via _____

CON LA PRESENTE IL/LA SOTTOSCRITTO/A SI IMPEGNA A:

1. Nel corso delle operazioni di macellazione non arrecare disturbo alle abitazioni vicine;
2. Utilizzare solo acqua con caratteristiche di potabilità;
3. Qualora siano evidenti segni di sospetta malattia, differire la macellazione e richiedere la visita sanitaria;
4. Stordire l'animale con pistola a proiettile captivo, prima del dissanguamento, nel rispetto del benessere animale;
5. Rendere disponibili per la visita veterinaria, nella località indicata, oltre la carcassa dell'animale/degli animali i seguenti visceri: lingua, tonsille, esofago, trachea, polmoni, cuore, diaframma e fegato completi e connessi anatomicamente, reni, milza;
6. Qualora nella carcassa o sui visceri vi fossero segni di alterazioni che deviano dalla normalità segnalare quanto prima al Servizio Veterinario e tenere a disposizione il tutto;
7. Non spandere i liquami e contaminare i corsi d'acqua e i fossi;
8. Smaltire i rifiuti solidi e liquidi secondo la normativa vigente.

DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITA' CHE LE CARNI ED I PRODOTTI A BASE DI CARNE SARANNO DESTINATI AD ESCLUSIVO USO DEL PROPRIO NUCLEO FAMILIARE.

Si impegna ad avvertire, almeno 72 ore lavorative prima di procedere all'abbattimento del/dei suino/i, il Veterinario competente per territorio e/o il Servizio Veterinario Area "B" dell'ASP di POTENZA, dal lunedì al venerdì, telefonando allo 0971/310382 fax 0971/310382, per consentire al Veterinario di fissare l'ora e la data della visita ed a versare sul c/c postale n. 1031703539, intestato a ASP Dipartimento Prevenzione SBA, (causale: macellazione a domicilio di n. suino/i) la somma di € _____.

(n. 1 suino € 20,91 - n. 2 suini € 33,01 - n. 3 suini € 45,11 - n. 4 suini € 57,21).

Inoltre si impegna a presentare il bollettino dell'avvenuto versamento al laboratorio per l'esame trichinoscopico.

_____ li _____

IL/LA PROPRIETARIO/A

COMUNE DI _____ (PZ)

IL SINDACO

- Visto l'art. 13 del R.D. n. 3298 del 20/12/1928;
- Viste le Circolari Ministeriali 43/51, 95/50 e 87/52 ACIS;
- Vista la nota della Regione Basilicata prot. n. 200992/72AG del 06/12/2013;
- Vista la dichiarazione di cui sopra;

A U T O R I Z Z A

La macellazione domiciliare per uso familiare di tali suini, nel numero massimo di 4 suini per nucleo familiare.

_____ li _____

IL SINDACO