



AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE
REGGIO CALABRIA

Dipartimento di Prevenzione
Area Veterinaria "B"
Coordinatore Provinciale
Direttore: Dott. Francesco Nirta

c.da Verga 89044 Locri – Tel.-fax: 0964.399304
e-mail: asl9servizioveterinariob@tin.it

REGIONE CALABRIA
Giunta Regionale
Dipartimento della Sanità
Servizio di Medicina Veterinaria

MACELLAZIONE DOMICILIARE DI SUINI

Allegato A17

Il/La sottoscritto/a Sig./ra _____ nato/a a _____
il _____ residente nel Comune di _____
Loc./via _____ tel. _____ macellerà n° _____ suino/i di sua
proprietà, contrassegnato/i con il/i numero/i di identificazione _____ e destinato/i al consumo familiare.
La macellazione verrà effettuata il giorno _____ in Località _____ alle ore _____

Con la presente il sottoscritto si impegna a:

- 1) non arrecare disturbo alle abitazioni vicine nel corso delle operazioni di macellazione;
- 2) utilizzare solo acqua con caratteristiche di potabilità;
- 3) macellare suini in stato di salute e qualora vi siano segni di sospetta malattia sugli animali, non effettuare la macellazione e richiedere la visita sanitaria;
- 4) procedere allo stordimento dell'animale con pistola a proiettile captivo, prima del dissanguamento, nel rispetto del benessere animale;
- 5) procedere al completo dissanguamento;
- 6) a rendere disponibili per la visita sanitaria, nelle località indicate dal Servizio Veterinario, i seguenti **VISCERI INTERI: LINGUA, TONSILLE, ESOFAGO, TRACHEA, CUORE, POLMONE, DIAFRAMMA E FEGATO COMPLETI E CONNESSI ANATOMICAMENTE, MILZA E RENI;**
- 7) non spandere liquami o contaminare fossi e corsi di acqua;
- 8) smaltire i sottoprodotti secondo la normativa vigente;

Dichiara, inoltre, sotto la propria responsabilità, che la carne sarà destinata ad esclusivo consumo familiare.

Per gli animali acquistati in un allevamento, presentare alla visita sanitaria anche il modello 4 unificato, completo della "DICHIARAZIONE PER IL MACELLO" debitamente firmata dall'allevatore;

Data _____

Firma del proprietario

ATTESTATO DI AVVENUTO CONTROLLO SANITARIO

Il sottoscritto Dott. _____ dichiara che l'esame delle carni e/o visceri di n° _____ animale/i
effettuato presso il domicilio e con Codice aziendale: _____ o C.F. _____

e non ha evidenziato alterazioni o segni di malattie che possono rendere le carni non adatte al consumo umano.

Estremi mod. 4 unificato n° _____ del _____ ASP di _____

Specie	Sesso	Età Mesi	Peso morto dichiarato Kg	Esito visita	Lesioni organi sequestrati e distrutti

N.B.: è stato effettuato il prelievo/i del/i campione/i per la ricerca della *Trichinella spp.* e che il risultato dell'esame verrà notificato, se positivo, o comunque comunicato al proprietario, se negativo.

IL MEDICO VETERINARIO

Data _____

Il versamento va effettuato sul c.c. n. 218050 della Banca Nazionale del Lavoro, IBAN IT66Z010051630000000218050, intestato a: Azienda Sanitaria Provinciale di R.C. – via Diana – 89100 REGGIO CALABRIA – causale del versamento: Servizio Veterinario "B" – Suini privati a domicilio campagna 2014 - 2015