

Al Sig. Sindaco del comune

Di _____

Al Servizio Veterinario

Igiene degli Alimenti di

Origine Animale ASSL SS

Distretto di _____

Il sottoscritto _____ nato a _____

Il _____ e domiciliato in _____ Via _____

N° _____ telefono _____ proprietario dell'azienda cod.az. _____

Sita in _____ località _____

CHIEDE

Di poter macellare presso il proprio domicilio/azienda n° _____ capi di specie SUINA

Categoria _____ tatuaggio auricolare _____

La macellazione è programmata per il giorno _____

_____ li _____ Firma _____

DIRITTI SANITATI

Suino adulto 5.79 euro a capo- **suinetto** 1.02 euro a capo.

Modalità pagamento: versamento su CCP postale n° 122093 intestato a **ATS SARDEGNA-ASSL SS-SERVIZIO TESORERIA**, causale-**A15 SIAOA**.

(una copia del versamento deve essere consegnata al veterinario all'atto della visita sanitaria)

INFORMAZIONI RELATIVE ALLA MACELLAZIONE USO FAMIGLIA

- Macellare animali in buono stato di salute
- Effettuare le macellazioni in aree idonee
- Procedere allo stordimento dell'animale nel rispetto delle norme sul benessere animale (Reg. CE 1099/2009)
- Attenersi alle disposizioni del veterinario riguardo la data di macellazione e le modalità di distruzione e smaltimento di eventuali organi o parti di carcassa non idonei al consumo umano.
- **Il consumo delle carni è riservato all'esclusivo uso familiare essendo vietata ogni forma di commercializzazione delle carni e dei prodotti da essi derivati.**
- **L'esito positivo dell'esame trichinoscopico verrà comunicato entro e non oltre 7 giorni dal prelievi; in caso contrario l'esito deve ritenersi negativo.**
- Durante i sette giorni le carni potranno essere consumate esclusivamente ben cotte, in caso di esito positivo le carni dovranno essere distrutte