



RICHIESTA AUTORIZZAZIONE PER LA MACELLAZIONE DI SUINI A DOMICILIO

Al Dipartimento di Prevenzione SBA
 UOC. Igiene degli Alimenti di Origine Animale
 ASP Potenza

Il sottoscritto nato a.....
 il e residente/domiciliato a via/loc
 recapito telefonico luogo macellazione
 titolare di allevamento suino identificato con codice aziendale nr.

CHIEDE

l'autorizzazione a macellare presso il proprio domicilio in data _____ alle ore _____

n° _____ animali della specie suina come di seguito identificati:

n.	Categoria (*)	Codice di identificazione (**)

(*) lattonzolo, grasso, magrone verro, scrofa

(**) tatuaggio o marca auricolare

Il sottoscritto dichiara che le carni ottenute dalla macellazione oggetto della presente richiesta saranno destinate all'utilizzo esclusivo nell'ambito del proprio nucleo familiare, senza farne oggetto di cessione, di commercio o di utilizzo professionale in attività del settore alimentare registrate ai sensi del regolamento (CE) n. 852/2004, e ad accettare eventuali controlli mirati a contrastare ogni abuso commerciale .

Il sottoscritto dichiara inoltre di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui all'art.13 del D. Lgs. 196/2003, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale viene presentata la presente richiesta.

DATA _____

FIRMA _____

----- ◆ -----
LA PRESENTE DOMANDA PUO' ESSERE CONSEGNATA AL VETERINARIO AL MOMENTO DELL'ISPEZIONE

Spazio sottostante riservato al Servizio Sanitario
