

AI DIRIGENTE VETERINARIO
AREA" IGIENE DEGLI ALIMENTI DI ORIGINE ANIMALE"
PRESSO DISTRETTO SANITARIO DI POLICORO
VIA BRENNERO SNC-POLICORO(MT)
Te./fax 0835/986515

PER IL TRAMITE DEL COMUNE DI **TURSI**

OGGETTO: MACELLAZIONE SUINI A DOMICILIO PER USO FAMILIARE

Il sottoscritto _____ nato
il _____ a _____ Codice allevamento _____
residentea _____ alla Via/C.da _____
_____ Recapiti telefonici n.ri. _____, autorizzato
con la succitata Ordinanza alla macellazione di suini presso il proprio domicilio e per
esclusivo consumo familiare, dovendo procedere in data _____ alla
macellazione di n. _____ suini (max 2)

CHIEDE

la prescritta ispezione sanitaria prevista dal Regolamento CE 853/2004 presso il proprio
domicilio: Città/Via _____.

Consapevole delle conseguenze per le mendaci dichiarazioni, dichiara sotto la propria
responsabilità, di utilizzare le carni per esclusivo consumo familiare.

Allega :

- copia del versamento dei diritti sanitari dovuti, intestato a ASM Matera CC N° 95747143
causale " Macellazione suini a domicilio stagione 2016/2017"
- copia del versamento per l'esame trichinoscopico all'I.Z.S di Foggia su c.c.p n° 12938718

Distinti saluti

Luogo e data _____ Firma _____