



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA
Azienda Unità Sanitaria Locale di Bologna

Istituto delle Scienze Neurologiche
Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico

Dipartimento di Sanità Pubblica - UOC VET B

Comunicazione di macellazione al di fuori del macello per consumo domestico privato.

Luogo _____, data _____

Al Servizio Veterinario dell'Azienda USL di Bologna

Il /la sottoscritto/a (cognome) _____ (nome) _____

Residente a _____ in via _____ n. _____

Nato/a _____ il _____

Codice Fiscale _____

Codice Aziendale _____

Recapito telefonico _____

Comunica che intende macellare il giorno _____ con inizio alle ore _____

Numero _____ capi suini /ovini /caprini in via _____

N° _____ località _____

Si dichiara:

1) che le operazioni **saranno svolte da persona formata, iscritta nell'elenco di codesto servizio:**

si riporta il nominativo della persona formata:

nome _____ cognome _____ oppure

2) che le operazioni non **saranno svolte da persona formata.**

Inoltre il sottoscritto si impegna a non consumare le parti dell'animale fino all'esito favorevole dell'esame per la ricerca della trichinella.

Fatto a _____ il _____

L'interessato (firma leggibile) _____