COMUNE DI RENDE - comune_Rende - REG_PROT - 0066717 - Interno - 19/11/2026 - 13:01

All. 1

Al Servizio Veterinario AREA "B"
dell'Azienda Sanitaria Provinciale di
_____

e p.c. Al Servizio Veterinario AREA "A"
dell'Azienda Sanitaria Provinciale di
_____

Mod. 1(A)

Dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà

(art.47 T.U. – D.P.R. n.445 del 28/12/2000)

macellazione domiciliare dei suini per autoconsumo familiare

(Compilare correttamente in stampatello tutte le parti. La non corretta compilazione comporterà l'annullamento di tale richiesta)

Il/la sottoscritto/a Sig./ra_____

Nato/a a_____il_____

Residente nel Comune di _____Prov._____

Località/Via _____

Recapito Telefonico _____

Recapito e-mail _____

Codice az.:

Consapevole che in caso di mendaci dichiarazioni il D.P.R. 445/2000 prevede sanzioni penali e decadenza dai benefici (art.76 e 75) e informato/a che i dati forniti saranno utilizzati ai sensi del D.lgs. 196/2003

Comunica la macellazione di n. _____ suino/i (**massimo 4 suini x anno**), di sua proprietà, contrassegnato/i con il/i numero/i di identificazione–tatuaggio_____ destinato/i al consumo familiare **il giorno** _____ alle ore_____ in Località _____ Comune_____

Altresì comunica che per la visita ispettiva del/dei suini si avvale:

a) del Servizio Veterinario area B
b) persona formata e accreditata dall'A.C.L. nella persona di_____

Si allega il Modello 4 (Dichiarazione di provenienza degli animali).

Con la presente il sottoscritto si impegna a:

1. Non arrecare disturbo alle abitazioni vicine nel corso della macellazione;
2. Utilizzare solo acque con caratteristiche di potabilità;
3. Macellare suini in stato di salute e **qualora dovessero esservi segni di sospetta malattia sugli animali, non effettuare la macellazione e richiedere tempestivamente la visita veterinaria**;
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 consegnare un campione di diaframma o lingua al competente Servizio Veterinario;
7. A **non consumare la carne di suino cruda o poco cotta fino all'esito dell'esame trichinoscopico**;
8. Non spandere liquami o contaminare fossi e corsi d'acqua;
9. Smaltire i prodotti secondo normativa vigente;
10. Dichiara inoltre, sotto la propria responsabilità, che la carne sarà destinata ad esclusivo consumo familiare;
11. Ad osservare e far rispettare le prescrizioni in materia di prevenzione del **rischio Covid 19** ed adottare tutte le misure atte ad impedire la diffusione dei contagi.

Consapevole che la mancata consegna del campione di diaframma o lingua non potrà consentire lo scarico dell'animale dalla banca dati nazionale da parte dell'Autorità Competente.

Data _____ Firma Proprietario del Suino/i_____

COMUNE DI RENDE - comune_Rende - REG_PROT - 0066717 - Interno - 19/11/2026 - 13:01

Prot. arr._____del_____

_____
(Firma dell'addetto del Servizio Veterinario area B)

Al Servizio Veterinario AREA "B"
dell'Azienda Sanitaria Provinciale di
_____

Mod. 1 (B)

Il/la sottoscritto/a Sig./ra_____

Nato/a a_____il_____

Residente nel Comune di _____Prov._____

Località/Via _____

Recapito Telefonico _____

Recapito e-mail _____

Codice az.:

CONSEGNA IL CAMPIONE PER LA RICERCA TRICHINA

AVVENUTA IN DATA _____alle ore_____

PRESSO il Servizio Veterinario area B distretto_____

_____

(Firma dell'addetto del Servizio Veterinario area B)

Prot. arr._____del_____