

Spett.le

ASL ROMA 6

UOC - SERVIZIO VETERINARIO AREA B  
IGIENE ALIMENTI DI ORIGINE ANIMALE

Via Sannibale 10/12, Albano Laziale

Tel: [06/93273101-3102-6126](tel:06/93273101-3102-6126)

mail: [igiene.alimenti@aslroma6.it](mailto:igiene.alimenti@aslroma6.it)

pec: [servizioveterinario.areab@pec.aslroma6.it](mailto:servizioveterinario.areab@pec.aslroma6.it)

**OGGETTO:** Comunicazione macellazione a domicilio per il consumo domestico privato

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_

nato/a \_\_\_\_\_ prov. (\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_

residente in \_\_\_\_\_ Prov. (\_\_\_\_)

via/piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_ e-mail: \_\_\_\_\_

Pec: \_\_\_\_\_, ai sensi del D. Lgs. 27/2021

COMUNICA CHE

Il giorno \_\_\_\_\_ alle ore \_\_\_\_\_ presso l'allevamento con codice

aziendale n. \_\_\_\_\_ sito nel Comune di \_\_\_\_\_ Prov. (\_\_\_\_)

Via/piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

sarà/saranno macellato/i per consumo domestico privato n. \_\_\_\_\_ capo/i della specie:

BOVINA\*     OVINA\*\*     CAPRINA\*\*     SUINA     CINGHIALE ALLEVATO

Marca auricolare/Codice identificativo \_\_\_\_\_

\* *capofi < ai 12 mesi*

\*\* *capofi agli 8 mesi ai quali non deve essere ancora spuntato alcun incisivo permanente*

Si allega alla presente:

1. Dichiarazione sostitutiva atto di notorietà;
2. Fotocopia del documento di riconoscimento
3. Ricevuta del versamento effettuato in favore della ASL ROMA 6
4. Modello 4 in vostro possesso

Data \_\_\_\_\_

IN FEDE

*Spazio riservato al Veterinario incaricato*

ESITO ISPEZIONE DELLE CARNI: FAVOREVOLE/SFAVOREVOLE

RICERCA TRICHINELLA SPP IN CORSO (N.B.: *Prima dell'esito negativo della ricerca della Trichinella SPP. - da acquisire presso il Servizio Veterinario Area B tel: 06/93273101-3102-6126 - le carni possono essere consumate esclusivamente previa accurata cottura.*)

TIMBRO ASL

Data \_\_\_\_\_ - FIRMA \_\_\_\_\_