

**Allegato 1:**

**Disposizioni in materia di macellazioni per il consumo domestico privato in Regione Emilia-Romagna.**

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

Luogo \_\_\_\_\_ data \_\_\_\_\_

Al Servizio Veterinario U.O.C. IAOA dell'Azienda USL di FERRARA

Via Cassoli, 30 - tel. 0532/235982 e-mail: [igiene.alimenti.iaoa@ausl.fe.it](mailto:igiene.alimenti.iaoa@ausl.fe.it)

Il/la sottoscritto/a

(cognome) \_\_\_\_\_ (nome) \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

Nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_

Codice Aziendale \_\_\_\_\_

Recapito telefonico \_\_\_\_\_

Indirizzo mail \_\_\_\_\_

Comunica che intende macellare il giorno \_\_\_\_\_ con inizio alle ore \_\_\_\_\_

Numero \_\_\_\_\_ capi suini in via \_\_\_\_\_

N° \_\_\_\_\_ località \_\_\_\_\_

Si dichiara:

1) che le operazioni **saranno svolte da "persona formata"**:

si riporta il nominativo della persona formata:

nome \_\_\_\_\_ cognome \_\_\_\_\_ oppure

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

2) Verrà prelevato e recapitato personalmente al laboratorio o tramite persona delegata un campione di muscolo (diaframma, masseteri) di 50 grammi circa da ciascun suino macellato, ai fini della ricerca di trichinella;

3) di essere a conoscenza che i servizi veterinari della AUSL potranno effettuare controlli a campione per verificare il rispetto delle condizioni di salute degli animali, di benessere animale, di igiene della macellazione e di corretto smaltimento dei sottoprodotti.

Fatto a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

L'interessato (firma leggibile) \_\_\_\_\_

**Allegato 2: Disposizioni in materia di macellazioni per il consumo domestico privato in Regione Emilia-Romagna.**

**Scheda di accompagnamento per campione di muscolo suino per ricerca di trichinella**

(Regolamento UE n. 1375/2015)

Luogo \_\_\_\_\_ data \_\_\_\_\_

Alla Sede dell'Istituto Zooprofilattico Sperimentale di \_\_\_\_\_

Il/la sottoscritto/a

(cognome) \_\_\_\_\_ (nome) \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

Nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_

Codice Aziendale \_\_\_\_\_

Recapito telefonico \_\_\_\_\_

Indirizzo mail \_\_\_\_\_

Consegna n \_\_\_\_\_ campioni di muscolo suino, del peso di almeno 50 grammi cadauno:  
così identificati:

1) campione 1 \_\_\_\_\_

2) campione 2 \_\_\_\_\_

3) campione 3 \_\_\_\_\_

4) campione 4 \_\_\_\_\_

Dichiara di essere a conoscenza che le carni dei suini sottoposti a campionamento non potranno essere consumate liberamente prima dell'arrivo dell'esito dell'esame, che il laboratorio comunicherà al Servizio Veterinario dell'AUSL competente per territorio, che a sua volta lo comunicherà al privato/allevatore.

Dichiara inoltre di essere a conoscenza che l'esame trichinoscopico viene eseguito a pagamento e si impegna a corrispondere la cifra richiesta direttamente al laboratorio dell'IZSLER di competenza.

Fatto a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

L'interessato (firma leggibile) \_\_\_\_\_