

Al Servizio Veterinario Area B  
dell'ASL TO4  
via Cavour n. 29  
Ciriè

OGGETTO: Comunicazione macellazione per consumo domestico privato da effettuarsi  
presso l'allevamento con codice aziendale \_\_\_\_\_

Ai fini della comunicazione in oggetto il sottoscritto \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ residente in \_\_\_\_\_

via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_ trasmette in allegato alla presente:

- dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà
- fotocopia del proprio documento d'identità

Cordiali saluti.

Addì, \_\_\_\_\_

In fede,

\_\_\_\_\_

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETÀ**  
**(art. 47 T.U. – D.P.R. n. 445 del 28/12/2000)**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
 nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
 residente in \_\_\_\_\_  
 Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
 Codice Fiscale \_\_\_\_\_ telefono \_\_\_\_\_  
 e-mail \_\_\_\_\_

consapevole che in caso di mendaci dichiarazioni il DPR 445/2000 prevede sanzioni penali e decadenza dai benefici (artt. 76 e 75) e informato/a che i dati forniti saranno utilizzati ai sensi del D.Lgs 196/2003

**DICHIARA CHE**

il giorno \_\_\_\_\_ c/o l'allevamento codice aziendale n. \_\_\_\_\_  
 sito nel Comune di \_\_\_\_\_ sarà/saranno macellato/i **per**  
**consumo domestico privato** n. \_\_\_\_\_ capo/i della specie ☐ OVINA ☐ CAPRINA ☐ SUINA  
☐ CINGHIALE ALLEVATO Marca auricolare/Codice identificativo \_\_\_\_\_

Le carni ottenute dalla macellazione saranno depositate:

- ☐ nel frigorifero presso il domicilio sopra indicato  
☐ nel frigorifero dei seguenti familiari:

|                  |                 |
|------------------|-----------------|
| nominativo _____ | domicilio _____ |
| nominativo _____ | domicilio _____ |
| nominativo _____ | domicilio _____ |

Al riguardo il sottoscritto si impegna ad utilizzare tutte le carni ottenute dalla macellazione, oggetto della presente dichiarazione (Kg presunti \_\_\_\_\_), nel rispetto ed esclusivo ambito del proprio nucleo familiare, e ad accettare, anche presso il proprio domicilio, i controlli rivolti a verificare eventuali abusi commerciali.

Dichiara inoltre di rispettare le seguenti indicazioni:

- di trasmettere al Servizio Veterinario la presente comunicazione con un anticipo di 3 giorni lavorativi;
- di aver allevato i presenti animali dalla nascita o almeno nei 30 giorni precedenti la macellazione;
- di verificare il buono stato di salute degli animali e, qualora dovessero esservi sospetti di malattia, di non effettuare la macellazione e richiedere visita sanitaria;
- di rispettare il benessere animale, in particolare di procedere alla macellazione previo stordimento effettuato mediante pistola a proiettile captivo o altro metodo idoneo da parte di una persona che abbia un adeguato livello di competenza (reg.CE 1099/2009). A tale riguardo si dichiara che gli animali verranno storditi mediante l'utilizzo di \_\_\_\_\_ ;
- di garantire che le operazioni di macellazione e trasformazione delle carni vengano effettuate in luoghi idonei e nel rispetto dei requisiti minimi di igiene;
- di smaltire gli scarti di lavorazione (sottoprodotti) come rifiuti organici, senza disperderli nell'ambiente;
- di impegnarsi a non commercializzare le carni e i prodotti ottenuti, destinandoli esclusivamente al consumo all'interno del proprio nucleo familiare;
- di impegnarsi a registrare in BDN la presente movimentazione per macellazione a domicilio entro 7 giorni;
- di non procedere alla macellazione di più di n. 4 capi suini/anno/nucleo familiare oppure n. 6 capi ovi-caprini di età <12 mesi/anno/nucleo familiare per il consumo domestico privato.

Le carcasse, le frattaglie ed il sangue saranno sottoposti ad accurato esame al fine di evidenziare segni che potrebbero deporre per la loro inidoneità al consumo. Qualsiasi anomalia verrà prontamente riportata al competente Servizio Veterinario.

Da tutti i SUINI macellati verrà prelevata una porzione di diaframma pari ad almeno 50 g destinata alla ricerca di Trichinella. Il campione verrà consegnato al Servizio Veterinario entro 24 ore dall'avvenuta macellazione o il primo giorno lavorativo successivo alla macellazione. Sarà cura del Servizio veterinario comunicare gli esiti dell'analisi.

Sono consapevole che è fatto divieto di consumare qualsiasi parte dell'animale, con esclusione del sangue e del fegato, prima dell'esito favorevole dell'analisi per la ricerca di Trichinella.

**Il sottoscritto richiede una Visita Ispettiva da parte del Veterinario Ufficiale:** ☐ SI ☐ NO

(il pagamento degli oneri relativi alle spese di ispezione veterinaria è a carico del richiedente)

Luogo e data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

Ai sensi dell'art.38 del D.P.R. del 28/12/2000, n.445 la dichiarazione è sottoscritta dall'interessato in presenza del dipendente addetto ovvero sottoscritta e presentata all'ufficio competente, unitamente a **copia fotostatica non autenticata di un documento di identità del sottoscrittore**. È ammessa la presentazione anche per via telematica o a mezzo posta.

**INFORMATIVA SULLA PRIVACY (D.Lgs. 10 agosto 2018, n. 101 e dell'art. 13 del Reg.UE n. 2016/679)**

**Finalità del trattamento.** I dati personali saranno utilizzati dagli uffici nell'ambito del procedimento per il quale la dichiarazione viene resa.

**Modalità del trattamento.** I dati saranno trattati dagli incaricati sia con strumenti cartacei sia con strumenti informatici a disposizione degli uffici.

**Ambito di comunicazione.** I dati potranno essere comunicati a terzi nei casi previsti dalla Legge 7 agosto 1990, n. 241 ("Nuove norme in materia di procedimento amministrativo e di diritto di accesso ai documenti amministrativi") ove applicabile, e in caso di controlli sulla veridicità delle dichiarazioni (art. 71 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445 "Testo unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa").

**Diritti.** L'interessato può in ogni momento esercitare i diritti di accesso, di rettifica, di aggiornamento e di integrazione dei dati come previsto dall'art. 7 del D.lgs 196/2003. Per esercitare tali diritti tutte le richieste devono essere rivolte all'ASL.

Titolare del trattamento: ASL competente per territorio

**Io sottoscritto/a dichiaro di aver letto l'informativa sul trattamento dei dati personali.**

Luogo e data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

**N.B. Si allega copia del documento di identità del sottoscrittore**