DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE
U.F. Sanità Pubblica Veterinaria e Sicurezza Alimentare Zona Distretto Amiata Senese, Val D'Orcia e Valdichiana Senese
Via O.Maestri, n. 1 - CAP 53049 Città Torrita di Siena
tel. 0577535472 fax 0577535483 PEC: ausltoscanasudest@postacert.toscana.it

Struttura organizzativa certificata ISO 9001:2015

MACELLAZIONE DOMICILIARE DI SUINI

Il/la sottoscritto/a Sig./ra _____ nato/a_____ il _____
CF _____ residente nel Comune di _____
Loc./via_____ tel _____macellerà n. ____suino/i di sua proprietà, proveniente dall'allevamento _____con **CODICE AZIENDALE** _____
e destinato/i al consumo familiare.

La macellazione verrà effettuata il giorno _____in Località _____ alle ore _____.

Con la presente il sottoscritto si impegna a :

1. non arrecare disturbo alle abitazioni vicine nel corso delle operazioni di macellazione;
2. utilizzare solo acqua con caratteristiche di potabilità;
3. macellare suini in stato di salute e qualora vi siano segni di sospetta malattia sugli animali, non effettuare la macellazione e richiedere la visita sanitaria;
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. rendere disponibili per la visita veterinaria, nelle località indicate dal Servizio Veterinario, i seguenti **VISCERI INTERI: LINGUA, TONSILLE, ESOFAGO, TRACHEA, CUORE, POLMONE, DIAFRAMMA E FEGATO COMPLETI E CONNESSI ANATOMICAMENTE, MILZA E RENI**;
7. non spandere liquami o contaminare fossi e corsi di acqua;
8. smaltire i sottoprodotti secondo la normativa vigente;

Dichiara, inoltre, sotto la propria responsabilità, che la carne sarà destinata ad esclusivo consumo familiare.

Per gli animali acquistati in un allevamento, presentare alla visita sanitaria anche il modello 4 unificato, completo della "**DICHIARAZIONE PER IL MACELLO**" debitamente firmata dall'allevatore.

Data _____ Il proprietario del /i suino/i

_____

ATTESTATO DI AVVENUTO CONTROLLO SANITARIO

Il sottoscritto Veterinario Dr. _____ dichiara che:

a) l'esame delle carni / dei visceri di n. _____ suino/i , effettuato presso _____ha evidenziato l'assenza di alterazioni o segni di malattie che rendano le carni inidonee al consumo umano;
b) è stato effettuato il prelievo del /i campione/i per la ricerca di *Trichine*, e che il risultato dell'esame verrà notificato, se positivo, al proprietario.
Osservazioni _____

Data _____ IL MEDICO VETERINARIO

_____