

**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 \_\_\_\_\_  
codice fiscale \_\_\_\_\_ telefono \_\_\_\_\_  
cell \_\_\_\_\_ email \_\_\_\_\_ consapevole  
che in caso di mendaci dichiarazioni il DPR 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

**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  BOVINI \*  OVINA \*\*  CAPRINA \*\*  SUINA  CINGHIALE ALLEVATO  
con Marca auricolare/Codice identificativo n. \_\_\_\_\_

\* capi < 12 mesi

\*\* capi < 8 mesi ai quali non deve essere ancora spuntato alcun incisivo permanente

Le carni ottenute dalla macellazione saranno depositate nel frigorifero presso il domicilio sopra indicato.

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 familiare, e ad accettare, anche presso il proprio domicilio, i controlli rivolti a verificare eventuali abusi commerciali. Dichiaro inoltre di rispettare le seguenti indicazioni:

- di trasmettere al Servizio Veterinario la presente comunicazione con un anticipo di 7 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 non aver eseguito trattamenti medicamentosi / di aver rispettato i tempi di sospensione previsti;
- di rispettare il benessere animale, in particolare di procedere alla macellazione previo stordimento effettuato mediante pistola a proiettile captivo da parte di una persona che abbia un adeguato livello di competenza (Reg. CE 1099/2009);
- 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 possedere idonee strutture frigorifere nei casi in cui si scelga di macellare bovini, ovini adulti, caprini adulti e suini in un periodo dell'anno che non sia compreso tra novembre e marzo;
- 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. 2 bovini di età < 12 mesi/anno, n. 4 capi suini/anno e n. 6 capi ovi-caprini di età < 8 mesi/anno 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.

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 la Visita Ispettiva da parte del Veterinario Ufficiale (il pagamento spese di ispezione veterinaria 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 della 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 \_\_\_\_\_

(FAC- SIMILE RICHIESTA MACELLAZIONE A DOMICILIO)

SERVIZIO VETERINARIO ASL \_\_\_\_\_  
- Area Funzionale B -

Oggetto: *Comunicazione macellazione a domicilio per il consumo domestico privato.*

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_ il  
\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ residente in \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_)  
Via/Piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
TELEFONO \_\_\_\_\_ CELL. \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_  
PEC \_\_\_\_\_ ai sensi del D. L.vo 27/2021

COMUNICA CHE

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

\* capi < 12 mesi

\*\* capi < 8 mesi ai quali non deve essere ancora spuntato alcun incisivo permanente

Allega alla presente :

- dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà
- fotocopia del proprio documento d'identità
- ricevuta di avvenuto pagamento
- copia del modello 4

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 la direzione del Servizio Veterinario Area B tel: xxxxxxxx - le carni possono essere consumate esclusivamente previa accurata cottura).

DATA \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_ - FIRMA \_\_\_\_\_



