

**SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA**

Azienda Unità Sanitaria Locale della Romagna

Dipartimento di Sanità Pubblica Rimini

Unità Operativa Sanità Animale e Igiene delle Produzioni Zootecniche

Direttore: Dott. Alberto Mondaini

Unità Operativa Igiene degli Alimenti di Origine Animale

Direttore: Dott. Luca Benedetto Baroni

Allegato 1

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

Al Servizio Veterinario dell'Azienda USL di _____

Il /la sottoscritto/a (cognome) _____ (nome) _____

Residente a _____ in via _____ n. _____

Nato/a _____ Il _____ Codice Fiscale _____

Codice Aziendale _____ Recapito telefonico _____

Comunica che intende macellare il giorno _____ con inizio alle ore _____

Numero _____ capi suini /ovini /caprini

in via _____ N° _____ località _____

Si dichiara:

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

nome _____ cognome _____

che possiede adeguate nozioni e capacità, in grado di condurre tutte le fasi della macellazione a domicilio degli animali, secondo quanto previsto dal Regolamento 1099/2009 e nel rispetto delle corrette prassi igienico sanitarie.

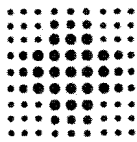
2) che nel caso di macellazione di suini, verrà prelevato e recapitato presso l'ufficio di _____ via _____, dalle ore 11,00 alle ore 13,30 personalmente o tramite persona delegata un campione di muscolo diaframma (o masseteri) di 50 grammi circa da ciascun suino macellato, ai fini della ricerca di trichinella. Il campione deve essere accompagnato dalla scheda compilata conformemente all'allegato 2;

3) di impegnarsi a non consumare le carni suine, comprese quelle lavorate, prima dell'esito favorevole degli esami di laboratorio per la ricerca di trichinella;

4) 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) _____



**SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA**

Azienda Unità Sanitaria Locale della Romagna

Dipartimento di Sanità Pubblica Rimini

Unità Operativa Sanità Animale e Igiene delle Produzioni Zootecniche

Direttore: Dott. Alberto Mondaini

Unità Operativa Igiene degli Alimenti di Origine Animale

Direttore: Dott. Luca Benedetto Baroni

Allegato 2

Scheda di accompagnamento per campione di muscolo suino per ricerca di trichinella.
(Regolamento UE n° 1375/2015)

Luogo _____, data _____

Alla Sede Istituto Zooprofilattico di FORLÌ

Il /la sottoscritto/a (cognome) _____ (nome) _____

Residente a _____ in via _____ n. _____

Nato/a _____ Il _____

Codice Fiscale _____

Codice Aziendale _____

Recapito telefonico _____

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; quest'ultimo, in caso di esito sfavorevole, ne darà tempestiva comunicazione al privato /allevatore.

Fatto a _____ il _____

L'interessato (firma leggibile) _____