

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

Al Servizio Veterinario dell'Azienda USL di Modena

Il/la sottoscritto/a

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

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

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

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

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

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

in via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_ Comune \_\_\_\_\_

Numero \_\_\_\_\_ capi suini, provenienti dall'allevamento (codice) \_\_\_\_\_

La persona incaricata dell'attività di macellazione, in possesso di un adeguato livello di competenza, è

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

residente a \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_

recapito telefonico \_\_\_\_\_

in possesso di adeguate nozioni e capacità per condurre tutte le fasi della macellazione nel rispetto del benessere animale e delle corrette prassi igienico-sanitarie (autocertificazione)

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

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