



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
