



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE BASILICATA
Azienda Sanitaria Locale di Potenza

DIPARTIMENTO di PREVENZIONE *della Sanità e Benessere Animale*
U.O.C. Igiene degli Alimenti di Origine Animale Area "B"
Via Ciccotti – 85100 - Potenza (PZ)
Direttore Dr Rocco Martocchia
Tel. 0971-310382 C.Cel. Uff. 3346622223
Mail: rocco.martocchia@aspbasilicata.it
Pec veterinariareab@pec.aspbasilicata.it

RICHIESTA AUTORIZZAZIONE PER LA MACELLAZIONE DI SUINI A DOMICILIO

AI DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE SBA
UOC. Igiene degli Alimenti di Origine Animale
ASP Potenza

il sottoscritto nato a.....

il e residente/domiciliato a via/loc.

recapito telefonico

titolare di allevamento suino identificato con codice aziendale nr

CHIEDE

l'autorizzazione a macellare presso il proprio domicilio in data _____ alle ore

_____ n° _____ animali della specie suina come di seguito identificati:

n°	Categoria (*)	Codice di identificazione (**)

(*) lattinzolo, grasso, magrone verro, scrofa

(**) tatuaggio o marca auricolare

Il sottoscritto dichiara che le carni ottenute dalla macellazione oggetto della presente richiesta saranno destinate all'utilizzo esclusivo nell'ambito del proprio nucleo familiare, senza farne oggetto di cessione, di commercio o di utilizzo professionale in attività del settore alimentare registrate ai sensi del regolamento (CE) n. 852/2004, e ad accettare eventuali controlli mirati a contrastare ogni abuso commerciale .

Il sottoscritto dichiara inoltre di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui all'art.13 del D. Lgs. 196/2003, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale viene presentata la presente richiesta .

DATA _____

FIRMA _____

CONTI CORRENTI POSTALI - Ricevuta di versamento

Banco Posta

€ sul C/C n. 1031703539

IBAN IT5910760104200001031703539

di Euro

Grid for amount in Euro

IMPORTO IN LETTERE

INTESTATO A ASP Dipartimento Prevenzione Sanità e benessere animale

CAUSALE

Dritti Sanitari: MACECCAZIONE JUNI - A DOMIGLIO

BOLLO DELL'UFFICIO POSTALE

ESEGUITO DA

VIA - PIAZZA

CAP

LOCALITÀ

CONTI CORRENTI POSTALI - Ricevuta di Accredito

Banco Posta

€

sul C/C n. 1031703539

IBAN IT5910760104200001031703539

TD 123 IMPORTO IN LETTERE

INTESTATO A

ASP Dipartimento Prevenzione Sanità e benessere animale

CAUSALE

Dritti Sanitari: MACECCAZIONE JUNI - A DOMIGLIO

ESEGUITO DA

Grid for name of the payer

VIA - PIAZZA

CAP

LOCALITÀ

BOLLO DELL'UFFICIO POSTALE

codice identificativo

IMPORTANTE: NON SCRIVERE NELLA ZONA SOGGETTA AL BOLLO POSTALE

1031703539 < 123 >