



**STRUTTURA COMPLESSA**  
**Servizio Veterinario di igiene degli alimenti di O.A.**  
**Direttore. DR. Angelo Castelluccio**  
**Indirizzo Via Montegrappa, 25 – 71121 Foggia**  
**mail: [serv.vetareab@mailcert.aslfg.it](mailto:serv.vetareab@mailcert.aslfg.it)**

Al Servizio Veterinario Area B  
dell'ASL FOGGIA

OGGETTO: Comunicazione macellazione per consumo domestico privato da effettuarsi presso l'allevamento con codice aziendale \_\_\_\_\_

Ai fini della comunicazione in oggetto il sottoscritto \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ residente in \_\_\_\_\_

via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_ trasmette in allegato alla presente:

- dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà
- fotocopia del proprio documento d'identità

Cordiali saluti.

Addì, \_\_\_\_\_

In fede,

\_\_\_\_\_

## 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 \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
Codice Fiscale \_\_\_\_\_ telefono \_\_\_\_\_  
e-mail \_\_\_\_\_

consapevole che in caso di mendaci dichiarazioni il DPR 445/2000 prevede sanzioni penali e decadenza dai benefici (artt. 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  SUINA

CINGHIALE ALLEVATO Marca auricolare/Codice identificativo \_\_\_\_\_

Le carni ottenute dalla macellazione saranno depositate:

presso il domicilio sopra indicato

presso il domicilio dei seguenti familiari:

nominativo \_\_\_\_\_ domicilio \_\_\_\_\_

nominativo \_\_\_\_\_ domicilio \_\_\_\_\_

nominativo \_\_\_\_\_ domicilio \_\_\_\_\_

Al riguardo il sottoscritto si impegna ad utilizzare tutte le carni ottenute dalla macellazione, oggetto della presente dichiarazione nel rispetto ed esclusivo ambito del proprio nucleo familiare, e ad accettare, anche presso il proprio domicilio, i controlli rivolti a verificare eventuali abusi commerciali.

Dichiara inoltre di rispettare le seguenti indicazioni:

- di trasmettere al Servizio Veterinario la presente comunicazione con un anticipo di 3 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 rispettare il benessere animale;
- 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 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;

Sono consapevole che è fatto divieto di consumare le carni dell'animale, prima dell'esito favorevole dell'analisi per la ricerca di Trichinella.

## Il sottoscritto richiede una Visita Ispettiva da parte del Veterinario Ufficiale

(il pagamento degli oneri relativi alle spese di ispezione veterinaria è 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 \_\_\_\_\_

N.B. Si allega **copia del documento di identità del sottoscrittore**