DIPARTIMENTO DELLA PREVENZIONE
UF SANITÀ PUBBLICA VETERINARIA E SICUREZZA ALIMENTARE
Zona Distretto Aretina
Responsabile dr. Giampaolo Giunta
Via Campo di Marte 27/28 - 52100 – Arezzo
tel. 0575 2551 fax 0575 255955 - PEC ausltoscanasudest@postacert.toscana.it

Struttura organizzativa certificata ISO 9001:2015

Responsabile procedimento: ….....
Via …..... tel.…..... e-mail ….....

MACELLAZIONE DOMICILIARE DI SUINI

Il/la sottoscritto/a Sig./ra_____nato/a_____ il _____ residente nel Comune di _____ Loc./via_____ n._____ MAIL_____ 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. a 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

_____

Comune di Castiglion Fibocchi - Protocollo (E) n.0006637/2026 del 19-11-2026