



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE BASILICATA

Azienda Sanitaria Locale di Potenza

DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE S. B. A.

U.O.C. Igiene degli Alimenti di origine Animale Area "B"

Via Ciccotti -85100 - Potenza (PZ)

Direttore f.f. Dr. Vincenzo Walter Larocca

Tel. 0971-310382

Mail: direzionevetb.potenza@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..... vla/loc .....

recapito telefonico .....

D 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 (**) |
|----|---------------|--------------------------------|
|    |               |                                |

(\*)lattanzalo, grasso, magrone verro, scrofa (\*\*) tatuaggio o marca auricolare , (\*\*) 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

MACCELLAZIONI SUINI A DOMICILIO PER AUTOCONSUMO ANNO 2023/24

VISITA SANITARIA

DR.SSA FIORELLA PAGANO 334 8670157

C/C POSTALE N. 1031703331 INTESTATO A :

ASP BASILICATA DIPARTIMENTO PREVENZIONE SBA - AREA B - 85100 POTENZA

CAUSALE : MACCELLAZIONE DOMICILIARE SUINI N. ....

IMPORTO COME DA TABELLA

| <b>NUMERO SUINI MACCELLATI NELLA STESSA GIORNATA CON CONTESTUALE ISPEZIONE DELLE CARNI DI TUTTI I SUINI MACCELLATI</b> | <b>TARIFFA PER PRESTAZIONE GIORNI FERIALI (DAL LUNEDI AL VENERDI FINO ALLE ORE 18.00)</b> | <b>TARIFFA PER PRESTAZIONE GIORNI FESTIVI (SABATO DOMENICA E ALTRI COME DA CALENDARIO E DOPO LE ORE18 GIORNI FERIALI)</b> |
|--|---|---|
| MACCELLAZIONE 1 SUINO  | EURO 15.00  | EURO 19,50  |
| MACCELLAZIONE 2 SUINI  | EURO 20.00  | EURO 26.00  |
| MACCELLAZIONE 3 SUINI  | EURO 25.00  | EURO 32.50  |
| MACCELLAZIONE 4 SUINI  | EURO 30.00  | EURO 39.00  |

**LABORATORIO PER L'ESAME TRICHIOSCOPICO**

**c/c 1030150617 INTESTATO A : ORG.GESTIONE AZIENDALE SRL - TITO(PZ)**

**CAUSALE ESAME TRICHIOSCOPICO SUINI N. ....**

|            |            |
|------------|------------|
| N. 1 SUINO | EURO 3.50  |
| N. 2 SUINI | EURO 6.50  |
| N. 3 SUINI | EURO 8.00  |
| N. 4 SUINI | EURO 10.00 |

All'atto dell'ispezione vanno consegnati al medico veterinario i seguenti documenti:

- La ricevuta del versamento a favore della ASP dei diritti dovuti
- La ricevuta del versamento intestata al laboratorio che effettua l'esame trichinoscopico.