

Data .....

**Si richiede esame trichinoscopico su porzioni di diaframma, provenienti da suini o cinghiali macellati a domicilio da persona formata** ai sensi del D.d.g. 23 ottobre 2012 – n. 9405  
"Indicazioni regionali in materia di "Macellazione a domicilio",

N° assegnato da ASL	CATEGORIA		
	<input type="checkbox"/> GRASSO	<input type="checkbox"/> SCROFA o VERRO	<input type="checkbox"/> CINGHIALE
	<input type="checkbox"/> GRASSO	<input type="checkbox"/> SCROFA o VERRO	<input type="checkbox"/> CINGHIALE
	<input type="checkbox"/> GRASSO	<input type="checkbox"/> SCROFA o VERRO	<input type="checkbox"/> CINGHIALE
	<input type="checkbox"/> GRASSO	<input type="checkbox"/> SCROFA o VERRO	<input type="checkbox"/> CINGHIALE
	<input type="checkbox"/> GRASSO	<input type="checkbox"/> SCROFA o VERRO	<input type="checkbox"/> CINGHIALE
	<input type="checkbox"/> GRASSO	<input type="checkbox"/> SCROFA o VERRO	<input type="checkbox"/> CINGHIALE
	<input type="checkbox"/> GRASSO	<input type="checkbox"/> SCROFA o VERRO	<input type="checkbox"/> CINGHIALE
	<input type="checkbox"/> GRASSO	<input type="checkbox"/> SCROFA o VERRO	<input type="checkbox"/> CINGHIALE
	<input type="checkbox"/> GRASSO	<input type="checkbox"/> SCROFA o VERRO	<input type="checkbox"/> CINGHIALE
	<input type="checkbox"/> GRASSO	<input type="checkbox"/> SCROFA o VERRO	<input type="checkbox"/> CINGHIALE
	<input type="checkbox"/> GRASSO	<input type="checkbox"/> SCROFA o VERRO	<input type="checkbox"/> CINGHIALE
	<input type="checkbox"/> GRASSO	<input type="checkbox"/> SCROFA o VERRO	<input type="checkbox"/> CINGHIALE
	<input type="checkbox"/> GRASSO	<input type="checkbox"/> SCROFA o VERRO	<input type="checkbox"/> CINGHIALE
	<input type="checkbox"/> GRASSO	<input type="checkbox"/> SCROFA o VERRO	<input type="checkbox"/> CINGHIALE

**ATTENZIONE : INDICARE SU OGNI SACCHETTO IL NUMERO ASSEGNATO DALL'ASL.**

**DICHIARAZIONE DEL PROPRIETARIO**

COGNOME ..... NOME .....

RESIDENTE COMUNE DI ..... VIA ..... N° .....

LOCALITA' DI MACELLAZIONE ( se diversa dalla residenza) .....  
.....

COD. FISCALE / P.IVA .....

CODICE ALLEVAMENTO (se assegnato ) ..... N° TELEFONO .....

Il sottoscritto, proprietario delle carni degli animali suddetti, si impegna a non consumarle in attesa dell'esito favorevole dell'esame trichinoscopico.

LA MACELLAZIONE E' ESEGUITA DA " PERSONA FORMATA " .

Sig. .... N° Telefono .....

Data

FIRMA del PROPRIETARIO

.....

.....