

All'UOC IAOA dell'AST DI ANCONA sede di \_\_\_\_\_

Il/la sottoscritto/a Sig/ra \_\_\_\_\_ nato/a \_\_\_\_\_

il \_\_\_\_\_, residente nel Comune di \_\_\_\_\_

Loc./via \_\_\_\_\_ telefono/cell. \_\_\_\_\_

Chiede

di poter effettuare presso il proprio allevamento identificato con Cod. Az. IT \_\_\_\_\_ la macellazione per autoconsumo del proprio nucleo familiare di n. \_\_\_\_ ovicaprino/i di sua proprietà, contrassegnato/i con il/i numero/i di identificazione - tatuaggio \_\_\_\_\_ e destinato/i al consumo familiare.

La macellazione verrà effettuata il giorno \_\_\_\_\_ alle ore \_\_\_\_\_

**Dichiara, inoltre, sotto la propria responsabilità, che la carne sarà destinata ad esclusivo consumo familiare.**

**Con la presente il sottoscritto dichiara :**

di avere preso visione dell'informativa allegato 2

di rispettare quanto indicato nell'informativa

Data \_\_\_\_\_

firma \_\_\_\_\_

-----  
**Visto quanto dichiarato si autorizza**

**Il Medico Veterinario**

\_\_\_\_\_  
**Timbro e firma**  
-----

**ATTESTATO DI AVVENUTO CONTROLLO SANITARIO**

Il sottoscritto Dirigente Veterinario Dr. \_\_\_\_\_ dichiara che:

a) l'esame delle carni/dei visceri di n. \_\_\_\_ capo/i, del sig. \_\_\_\_\_ codice az \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ effettuato presso \_\_\_\_\_ ora \_\_\_\_ non ha evidenziato alterazioni o segni di malattie che rendano le carni non adatte al consumo umano;

Si consiglia che la temperatura interna da raggiungere con la cottura deve essere di 71° (completa cottura a cuore del prodotto).

Osservazioni \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

**IL MEDICO VETERINARIO**  
\_\_\_\_\_

timbro